

Le phénomène « pro-ana ».

Troubles alimentaires et réseaux sociaux.

Antonio A. Casilli, Paola Tubaro

Table des matières

<u>PREFACE.....</u>	<u>4</u>
<u>REMERCIEMENTS.....</u>	<u>13</u>
<u>1. LE « PRO-ANA » : CONCEPTS DE BASE ET EVENEMENTS MARQUANTS.....</u>	<u>15</u>
<u>2. TROUBLES ALIMENTAIRES. AVANT ET APRES INTERNET.....</u>	<u>27</u>
2.1. DE L'APPROCHE MEDICALE A L'APPROCHE SOCIALE	27
2.1.1. ASPECTS CLINIQUES : DES TROUBLES VARIES, MAIS STABLES DANS LE TEMPS.....	28
2.1.2. DES « SAINTES ANOREXIQUES » DU MOYEN ÂGE, AUX EFFETS DE LA CULTURE ET DE LA CLASSE SOCIALE 33	
2.2. LES SOCIABILITES DES MANGEURS CONNECTES	36
2.2.1. COMPLEXITE ALIMENTAIRE ET INJONCTIONS CONTRADICTOIRES	36
2.2.2. L'IMPORTANCE DES SOCIABILITES EN LIGNE	42
2.3. LES RESEAUX SOCIAUX, EN LIGNE ET EN FACE-A-FACE	46
2.4. LES LIMITES DES ETUDES EXISTANTES SUR LE « PRO-ANA »	51
<u>3. ETUDIER LES COMMUNAUTES WEB FRANCOPHONES DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES ALIMENTAIRES.....</u>	<u>58</u>
3.1. UNE DEMARCHE TRANSDISCIPLINAIRE ET MULTI-METHODES	59
3.2. STRUCTURE ET USAGES DU WEB DES TROUBLES ALIMENTAIRES	61
3.2.1. UNE TYPOLOGIE DES CONTENUS DES SITES	62
3.2.2. PAR-DELA LES CONTENUS : CARTOGRAPHIER LE WEB.....	66
3.2.3. POURQUOI LA CENSURE DES SITES WEB « PRO-ANA » EST UNE MAUVAISE IDEE	70
3.3. ZOOM SUR LES UTILISATEURS EN FRANCE	73
<u>4. RESEAUX SOCIAUX ET TRAJECTOIRES DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES ALIMENTAIRES.....</u>	<u>76</u>
4.1. LES RESEAUX PERSONNELS DES UTILISATEURS	77
4.1.1. RECONSTITUER DES RESEAUX PERSONNELS AU TRAVERS D'UNE ARTICULATION DE METHODES	78
4.1.2. LIENS FORTS ET LIENS FAIBLES, EN LIGNE ET EN FACE-A-FACE	83
4.2. INFORMATION ET SOUTIEN : A QUOI SERVENT LES CONTACTS DANS LES RESEAUX SOCIAUX	87
4.2.1. DES ETAPES DANS LA MALADIE, CORRESPONDANT A DIFFERENTS USAGES DU WEB	88
4.2.2. A QUI DEMANDE-T-ON DU SOUTIEN ?	91
<u>5. CORPS, SANTE ET « MAIGREUR EXTREME ».....</u>	<u>100</u>
5.1. SANTE ET IMAGE DU CORPS DES UTILISATEURS	100
5.1.1. LA CORPULENCE DES UTILISATEURS DU WEB DES TROUBLES ALIMENTAIRES EN FRANCE	102
5.1.2. CORPULENCE ET TYPE DE TROUBLES ALIMENTAIRES	105
5.2. RESEAUX ET IMAGE DU CORPS	109
5.2.1. LA CORPULENCE VECUE ET L'IMAGE DU CORPS	109
5.2.2. IMAGE DU CORPS ET RESEAUX SOCIAUX.....	116
5.2.3. CE QUE L'IMAGE DU CORPS NOUS DIT SUR L'« APOLOGIE » DE LA MAIGREUR EXTREME.....	119
<u>6. MÉDECINS, SYSTÈME DE SANTÉ ET ÉMERGENCE DU « PRO-ANA ».....</u>	<u>121</u>
6.1. LA NOUVELLE PLACE DES PROFESSIONNELS DE SANTE	122
6.1.1. LE SUIVI MEDICAL : DES SITUATIONS VARIEES	122
6.1.2. LE REJET DES INSTITUTIONS MEDICALES EST UN MYTHE	124

6.1.3. DESERTS MEDICAUX : TROUVER SUR INTERNET CE QUE LE SYSTEME DE SANTE NE DONNE PAS ?	128
6.2. « APOMEDIATION » ET NOUVEAUX EQUILIBRES DE LA E-SANTE.....	133
<u>7. CONCLUSIONS</u>	<u>138</u>
7.1. UNE PERSPECTIVE DE RECHERCHE ORIGINALE.....	138
7.1.1. LE CHOIX METHODOLOGIQUE: ABORDER L'ANOREXIE PAR LES RESEAUX.....	139
7.1.2. LA VISÉE ÉTHIQUE DE L'ÉTUDE.....	141
7.2. DES CONNAISSANCES NOUVELLES	143
7.2.1. L'EXISTENCE DU « PRO-ANA » EST MISE EN CAUSE	143
7.2.2. DES EFFETS D'INFLUENCE MITIGÉS, VOIRE INEXISTANTS.....	147
7.2.3. SOCIABILITÉ, INFORMATION ET SOUTIEN EN LIGNE	148
7.2.4. « STRATÉGIES RELATIONNELLES » ET SANTÉ	151
7.3. AMELIORER LE SYSTEME DE SANTE PAR DES SERVICES EN LIGNE	154
7.4. LA BATAILLE POUR UNE APPROCHE NON PUNITIVE DE L'ANOREXIE	157
<u>REFERENCES</u>	<u>164</u>

Préface

L'histoire de ce livre commence en 2008. Nous sommes sur une autoroute californienne.

Au bout de deux semaines d'enquête sur les habitudes alimentaires des migrants connectés de Los Angeles, avant de quitter la mégalopole de la Californie du Sud, nous avons eu le temps d'acheter chez Amoeba Music un CD de Ted Leo and the Pharmacists—groupe pop-punk au succès assez confidentiel. Au bout de quelques heures de voyage, quand la canicule se fait insupportable et que le paysage autour de nous mute en désert spectral duquel surgit parfois un cheval amaigri, le CD sort de son boîtier. Un doigt appuie sur la touche *play* et les paroles de la chanson *Me and Mia* comblent l'habitable :

*« C'était l'ego levant son étendard.
Et moi et Mia, Ann et Ana,
Oh, nous n'avons fait de cadeaux à personne.*

*Crois-tu en quelque chose de beau ?
Alors, lève-toi et deviens-le !*

*Se battre pour le plus petit but : avoir encore un peu plus de contrôle
Je sais comme c'est dur d'essayer. Je le vois dans tes yeux.
Mais appelle tes amis,
Car nous avons oublié ce qu'est manger des trucs pourris.
Et ce qui te dévore vivante peut t'aider à survivre ».*

Dans la chaleur de l'après-midi, le sens des mots semble s'évaporer. Qui sont « Ana » et « Mia » ? Pourquoi cette sémantique de guerre, ces évocations d'étendards et de luttes, cette injonction au sacrifice ? Il est question de reprendre le contrôle sur la nourriture (« manger des trucs pourris ») et sur l'image de soi (« devenir quelque chose de beau »).

Mais qu'est-ce que cette chose qui dévore, aide à survivre et redonne du contrôle ? La chanson continue :

« J'en ai marre de ma dépendance.

Je me bats contre la nourriture pour trouver la transcendance.

Je me bats pour ma survie, plus morte mais plus vivante...

Tous les chantres de l'angélisme bourgeois disent que tu dois changer.

Ils n'y comprennent rien. Ils n'y verront jamais aussi clair.

Mais n'oublie pas ce que signifie vraiment

Une grève de la faim sans raison apparente.

Certains meurent pour une cause,

Mais cela ne te concerne pas. »

A la fin du morceau, le sens devient manifeste. Ce qui redonne du pouvoir sur soi, c'est le trouble alimentaire. « Mia » c'est la boulimie, « Ana » l'anorexie. Refuser la nourriture pour « trouver la transcendance », comme les ascètes du Moyen Âge ? Certainement un sujet peu commun, pour un groupe punk américain du XXI^e siècle. De qui parle-t-il, Ted Leo ? Qui sont ces personnes qui chercheraient à dire leur vérité, engageant leur propre corps, comme d'autres aurait milité pour une cause ? Voilà des références curieuses aux personnes touchées par l'anorexie, les héroïnes « indomptables » de l'ouvrage classique des psychanalystes Ginette Rimbault et Caroline Eliacheff...

D'où vient l'inspiration pour cette chanson ? C'est le lendemain, en effectuant une recherche sur Internet, que le mystère a commencé à être percé. Si les portails de musique rock sont discrets au sujet de *Me and Mia*, les pages web de jeunes personnes en détresse commentent et partagent abondamment le morceau. C'est sur des blogs bordés de rose et agrémentés de dessins de chatons et de fées que ces paroles refont surface. C'est aussi sur des sites plus inhabituels, qui s'auto-définissent comme des « Universités d'Ana » ou des

Forums de « mincepiration » (*thinspiration*). Nous venons d'avoir notre première rencontre avec des contenus « pro-ana » sur Internet.

Les recherches continuent au retour en Europe. La difficulté de documenter ce phénomène se fait sentir. Utiliser les mots-clé « pro-ana » dans les moteurs de recherche ne restitue que des résultats partiels : des articles critiques, publiés dans des journaux grand public. Ce sont des termes plus insolites, plus subtils, comme ceux de la chanson de Ted Leo, qu'il faut employer pour accéder à cette partie du web. Les contributeurs de ces sites, littéralement, ne parlent pas la même langue que les journalistes. Ils ne semblent pas animés par les intentions que les médias leur prêtent. Bien sûr, les provocations abondent. Mais s'ils décrivent leur quotidien comme un combat héroïque contre la nourriture, les auteurs de pages « pro-ana » ne font pas l'impasse sur leur souffrance. La douleur éclate au grand jour de leurs billets et commentaires. L'« enfer », la « maladie », la « mort » : voilà ce qu'ils cherchent à apprivoiser, qu'ils n'acceptent pas sans réflexivité.

C'est parce que les discours concernant le « pro-ana » des publics généralistes et ceux des communautés spécialisées d'internet ne se recoupent guère, qu'ils ne peuvent pas être pris pour argent comptant. Ils doivent être comparés. Ils doivent aussi être examinés moyennant des outils qui nous permettent de dépasser le stade de la parole, de voir les structures sémantiques, mais aussi sociales qui se cachent derrière ces mots. C'est pourquoi, d'emblée, l'idée d'étudier le « pro-ana » a constitué un défi méthodologique. Comment appréhender ces sites web ? Au premier abord, un repérage et une exploration de leurs contenus – surtout textes et images, mais aussi chansons et vidéos – semblaient incontournables, et nous avons rapidement découvert que d'autres chercheurs y avaient aussi pensé. Cependant, se limiter aux contenus avait l'inconvénient de n'offrir l'accès

qu'aux seuls aspects de ce phénomène documentés sur ces sites. Or, il fallait pouvoir collecter les histoires de vie, la parole et le quotidien de ces utilisateurs d'internet. Pour dépasser cette impasse, la nécessité d'articuler méthodes nouvelles (analyse des réseaux sociaux, statistique textuelle, modélisation informatique) et méthodes traditionnelles (questionnaires, entretiens) est apparue comme une évidence.

Surtout, nous voulions compléter et complexifier les explications des troubles des conduites alimentaires en termes de prédisposition psychologique, par un éclairage des dynamiques sociales et des usages technologiques propres à cette communauté. D'où le caractère audacieux de notre pari : étudier une communauté d'internet qui se fédère autour d'un trouble mental, sans adopter une démarche « en blouse blanche ». La pertinence et même l'urgence de notre enquête se confirme à l'aune des sursauts régaliens de certains pays qui, devant la prolifération prétendue du « pro-ana », proposent des solutions répressives : surtout en Europe continentale, se succèdent les propositions de loi pour interdire les sites web faisant « l'apologie de l'anorexie », pour condamner leurs auteurs à des peines de prison et des amendes. Une étude principalement centrée sur les motivations individuelles ne pourrait fournir au décideur public l'accompagnement nécessaire pour évaluer l'impact potentiel de ces politiques sur un plan collectif.

Ces questionnements méthodologiques nous poussent, le 19 décembre 2008, à présenter une ébauche de notre enquête à venir lors d'une conférence organisée à Amsterdam par la European Science Foundation. Le vif intérêt manifesté par nos collègues nous encourage, dans les premiers mois de 2009, à réunir une équipe de chercheurs venant de diverses disciplines (sociologie, psychologie sociale, anthropologie, philosophie, mais aussi informatique et mathématiques) pour monter un projet de recherche d'envergure.

Ce sont l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, le Centre National de la Recherche Scientifique, et l'Institut Mines-Télécom, ainsi que les Universités de

Bretagne Occidentale et d'Aix-Marseille, qui vont devenir les partenaires de cette entreprise scientifique. Dans les mois qui suivent, l'Agence Nationale de la Recherche va accorder une aide financière importante à ce projet, désormais baptisé ANAMIA¹.

Entre 2010 et 2012, des sites web sont analysés, explorés, cartographiés ; des questionnaires sont distribués ; des entretiens sont menés en France et, dans une perspective comparative, en Grande-Bretagne. Grâce à l'intervention généreuse de blogueurs, de youtubeurs, de médecins, d'administrateurs de sites et de *community managers* qui relaient la présentation de notre enquête, les participants affluent. L'intérêt est pour l'instant cantonné aux acteurs de notre terrain d'enquête, ainsi qu'aux collègues du milieu universitaire qui partagent nos sujets de prédilection. Mais la situation va vite changer. Quand les premiers résultats commencent à être publiés dans des revues de recherche en sciences sociales ainsi que dans des revues professionnelles comme celle de la britannique *Royal Society for Public Health* (Casilli, Pailler & Tubaro 2013), la presse nationale et les médias internationaux commencent à remarquer l'étude. En décembre 2012², quand un colloque est organisé à la Bibliothèque Nationale de France pour présenter les résultats définitifs du projet, un autre type d'intérêt se manifeste : celui du monde politique et des associations de professionnels de santé. En 2013, alors que le rapport final « Les jeunes et le web des troubles alimentaires : dépasser la notion de 'pro-ana' » est publié en ligne (Casilli, Mounier et al. 2013), nos interventions auprès de services hospitaliers spécialisés en traitement des troubles alimentaires et des addictions se multiplient, en parallèle avec les débats dans le cadre des travaux de l'Assemblée Nationale française, qui commence, pour sa part, à se pencher sérieusement sur la

¹ « La sociabilité 'Ana-mia' : une approche des troubles alimentaires par les réseaux sociaux en ligne et hors-ligne » (ANAMIA), ANR-09-ALIA-001. Pour plus de renseignements, voir le site web du projet <http://www.anamia.fr>

² Colloque « Comprendre le phénomène pro-ana : corps, réseaux, alimentation », BNF, Paris, 14 décembre. Vidéos des interventions : <https://archive.org/search.php?query=Symposium%20anamia%20BNF>

prévention de l'anorexie mentale et des troubles alimentaires associés³. Entre temps, les médias internationaux – de *Libération* et *Canal+* à *Voice of Russia*, du *Corriere della Sera* à *Le Monde*, en passant par *The Economist* et *Radio-Canada* – rapportent et débattent les résultats de notre étude.

En jargon académique, on appelle ce type de retentissement d'une recherche « impact social ». C'est évidemment flatteur de recevoir autant d'intérêt, mais, étant donné la nature de notre sujet d'étude, cela en devient troublant. Pourquoi une recherche initialement vouée à rester un sujet de niche est appropriée par des milieux sociaux si différents ? A part les sujets mêmes de notre étude, les contributeurs et lecteurs de sites web « pro-ana » qui ont accueilli avec confiance nos résultats, ou les chercheurs en sciences sociales qui ont vu dans notre démarche des éléments de renouveau dans les approches des enjeux de santé publique à l'heure d'internet, des publics de plus en plus variés ont fait surface au fur et à mesure que notre enquête se poursuivait. Chacun apportait ses demandes, chacun était en quête d'éléments de compréhension relatifs à certains points de notre enquête qui étaient significatifs pour eux.

Tout d'abord, les militants pour les droits fondamentaux sur internet. Droit à la liberté de parole, contre la censure et le filtrage, mais aussi droit d'accès aux soins et capacitation des patients connectés. Ces acteurs sociaux sont les premiers à avoir saisi que, derrière la question du « pro-ana » se cachaient des enjeux plus généraux, concernant tous les internautes : qui décide ce que nous lisons dans les médias sociaux ? Le filtrage et la modération des contenus en ligne sont-ils vraiment efficaces ? Qui profite, et qui est desservi par la restriction des communautés de patients sur internet ?

³ Question N° : 15670 de Mme Sandrine Doucet au Ministère des Affaires sociales et santé 15/01/2013 <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-15670QE.htm> ; question N° : 16845 de Mme Martine Faure, 29/01/2013 <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-16845QE.htm> ; question N° : 19774 de M. René Rouquet <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-19774QE.htm> ; question N° : 21457 de M. Marc Le Fur 02/07/2013 <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-21457QE.htm>. Voir § 7.4 pour plus de détails.

Ces questions, évidemment, résonnent avec les préoccupations des membres d'associations internationales de lutte et prévention contre les troubles alimentaires, souvent composées de professionnels de santé ainsi que de personnes atteintes de troubles alimentaires et de membres de leurs familles. Ces acteurs se sont avérés, au-delà de toute attente, assoiffés d'accompagnement et de retours de terrains. Savoir quelles sont les pratiques des internautes « pro-ana » aide les médecins et les parents à départager les faits des fantasmes. Et comprendre les usages effectifs des internautes, ainsi que la manière qu'ils ont de chercher de l'information ou du soutien, permet aussi d'anticiper leurs besoins et de mettre en place des services d'écoute adaptés, voire des plateformes d'hébergement telle la néerlandaise Proud2beme. Des organisations à but non lucratif comme B-eat (Beating Eating Disorders, Royaume-Uni), des associations professionnelles comme, en France, l'AFDAS-TCA (Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire), des fédérations d'associations de familles comme, en France, la FNA-TCA (Fédération Nationale des Associations d'aide aux Troubles du Comportement Alimentaire) et en Italie, le *Coordinamento nazionale disturbi alimentari*, ont tous été des interlocuteurs importants et, à partir de 2014, de véritables compagnons de route, dans notre engagement pour la reconnaissance des droits des personnes vivant avec un trouble alimentaire.

Le dernier, et certainement, le plus ambivalent des publics a été celui des décideurs politiques, parfois demandeurs d'éclaircissement et d'expertise, parfois (quand leurs déclarations s'éloignaient de la réalité du terrain) soumis à nos rappels et à nos critiques. Les rapports avec les élus ont engagé une espèce de valse-hésitation un peu périlleuse pour les chercheurs, susceptibles tantôt de se faire instrumentaliser, tantôt de se faire ignorer. Par-delà les incompréhensions et les enjeux de stratégie électorale qui régissent

ces oscillations dans les relations avec les élus, un fait demeure cependant : que le phénomène « pro-ana » concrétise et résume aux yeux des décideurs publics un ensemble de problématiques liées à la régulation des plateformes d'internet. Est-ce à la puissance publique ou bien à l'auto-modération des concepteurs et des contributeurs des services en ligne que revient la responsabilité sur les contenus et les modalités d'interaction ? Que faire quand des sujets en détresse ou des populations sensibles sont concernées ?

Mais un autre questionnement, moins évident, a fait surface ces derniers temps, à savoir la tendance des politiciens européens actuels à pencher pour des solutions exclusivement « numériques » pour des problèmes dont les racines puisent dans la réalité sociale. Ainsi, les sites « pro-ana » sont constamment appréhendés comme des produits de l'esprit de quelques personnes malades (et coupables de leur maladie) et jamais comme le résultat de politiques de coupes dans les dépenses publiques qui ont mis à mal les services de santé dans la plupart des pays occidentaux, ou de systèmes alimentaires caractérisés par des injonctions nutritionnelles contradictoires et par la valorisation de la surconsommation. Censurer, criminaliser, exclure de manière indiscriminée apparaît alors plus simple et plus viable sur un plan budgétaire que réformer les systèmes de santé en dotant les professionnels des moyens nécessaires (structures, formations, effectifs) pour suivre les publics là où ils se trouvent—y compris sur internet.

Ce livre représente alors pour nous l'aboutissement d'un parcours scientifique et politique. Notre recherche nous a permis, notamment grâce à ses méthodes innovantes au sein de la recherche en sciences sociales, d'étudier pour la première fois un sujet à multiples entrées tel l'alimentation, en l'abordant de plusieurs angles disciplinaires. Pour ce faire, nous avons eu la chance de travailler avec des collègues et des amis dont les compétences ont enrichi les nôtres. Le fait de voir des publics variés s'approprier notre recherche, y voir des éléments significatifs pour répondre à leurs propres exigences et à

leurs ambitions, nous a permis aussi d'expérimenter une manière différente de faire de notre recherche une recherche sociale : non pas en nous bornant à lire la réalité sociale, mais en la construisant avec les acteurs qui la composent.

Remerciements

Nous souhaitons remercier tout d'abord l'Agence Nationale de la Recherche qui a financé le projet ANAMIA (aide n. ANR-09-ALIA-001), sur lequel les résultats présentés dans ce livre se basent largement. Notre gratitude va à tous les membres du projet, les collègues et amis qui nous ont accompagné depuis le début ainsi que ceux qui ont choisi de parcourir un bout de chemin avec nous : en particulier Lise Mounier (CNRS) et Fred Pailler (Université de Nantes), non seulement pour leur implication dans la collecte et analyse des données, mais aussi pour leurs apports spécifiques aux chapitres 3 et 4 de cet ouvrage, pour leurs relectures attentives de versions préliminaires des autres chapitres, et bien sûr pour leur amitié. Merci aussi à Claude Fischler (CNRS) qui a été porteur du projet, Pedro Araya (EHESS), Quentin Bréant (fragmented.fr), Manuel Boutet (Université de Nice Sophia Antipolis), Sandrine Bubendorff (Université de Strasbourg), Pierre Antoine Chardel (Institut Mines-Télécom/EHESS), Christèle Fraïssé (UBO), Sylvan Lemaire (freelance), Patrick Maignon (Télécom SudParis), Estelle Masson (UBO), Débora Pereira (UF Minas Gerais), Alice Quérel (freelance), Juliette Rouchier (CNRS), Christy Shields (American University of Paris), Claire Strugala (TGI Dieppe).

Nous voulons aussi marquer notre reconnaissance envers les participants du symposium « Comprendre le phénomène pro-ana : corps, réseaux, alimentation » (Bibliothèque Nationale de France, 14 décembre 2012) : Adam Drewnowski (Université de Washington), Alain Giffard (GIS Culture & Médias numériques / Ars Industrialis), Dominique Pasquier (Telecom Paris Tech / CNRS), Serge Tisseron (Université Paris Ouest Nanterre La Défense), Didier Torny (INRA), Georges Vigarello (EHESS).

D'autres personnes ont rendu possible notre recherche et notre action. Les remercier toutes serait impossible, mais on va quand même essayer : Stefano Bertomoro et Giuseppina Poletti (pour les associations représentées dans le Coordinamento Nazionale Disturbi Alimentari, Italie), Jesus Cardenas Tovar (Doctissimo.fr), Roberto Clemente (robertoclemente.it, Italie), Michaël Dandrieux et Stéphane Hugon (Eranos, Paris), Dominique Dupagne (Atoutes.org), Nathalie Godart, Sylvain Lambert, Brigitte Remy, Nicolas Sahuc et d'autres membres de l'AFDAS-TCA (Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire, France), Jonathan Kelly et Susan Ringwood (association B-eat, Beating Eating Disorders, Royaume-Uni), Jean-Yves Lemesle (Social Media Club), Florence Maillochon (CNRS), Edouard Mifsud (Télécom ParisTech), Francesca Pallotti (Université de Greenwich, Royaume-Uni), Arghyro Paouri (CNRS), Mathilde Pruvo et d'autres membres de la FNA-TCA (Fédération Nationale des Associations d'aide aux Troubles du Comportement Alimentaire), Bruno Rocher (Espace Barbara, Nantes), Pierandrea Salvo (Centro Riabilitazione Disturbi Alimentari, Portogruaro, Italie), Caroline Smith (artiste indépendante, Royaume-Uni), Thomas W. Valente (University of Southern California, Etats-Unis).

1. Le « pro-ana » : concepts de base et événements marquants

Il y a presque deux décennies, le numérique traversait sa première grande crise. En 2001 les enthousiasmes de la fin du XXe siècle avaient été balayés par la fausse prophétie du « bogue de l'année 2000 » et par l'explosion – elle, tout à fait avérée – de la « bulle d'internet » sur les marchés financiers. Les voix des cyberenthousiastes se taisaient, sous les grésillements assourdissants des vieux modems 56k. La renaissance du web « social » (qui aurait eu lieu à partir du milieu des années 2000) n'était qu'un rêve dans la tête de quelques codeurs de génie – et de quelques publicitaires en quête de clic. Un monde lent, étouffé, chétif, fort différent de l'effervescence omniprésente de l'internet actuel. Un « monde malade » dans lequel le tabloïd américain *New York Post* considère qu'une nouvelle digne d'intérêt est la découverte sur Internet d'un petit nombre de sites web qui s'adressent exclusivement aux personnes atteintes d'anorexie (Gotthelf 2001). Les internautes y décrivent leurs crises, leurs vomissements, leurs envies d'un corps filiforme inspiré par des photos de célébrités retouchées et amincies. Mais cela ne les aide pas à guérir. Au contraire, aux dires du quotidien, il les enferme davantage dans leur maladie en leur donnant l'opportunité d'apprendre des ruses pour cacher leurs troubles ou pour tricher avec la balance qui, inexorable, les attend dans le cabinet de leur médecin traitant. La nouvelle aurait vite été mise aux oubliettes, comme l'exploit d'une journaliste en quête de tendances et de nouvelles à sensation. Mais quelques mois plus tard, elle fut reprise par le plus prestigieux magazine *Time*, qui avançait une première estimation du nombre de sites pro-anorexiques : plus de 400 (Reaves 2001). Une goutte dans l'océan de l'internet actuel, mais pour le web languissant de ce début de millénaire, ce qui se rapprochait le plus d'un phénomène viral.

Dans le jargon d'internet de l'époque, « Ana » et « Mia » désignaient l'anorexie et la boulimie mentale. Les sites pro-ana seraient donc des espaces en ligne conçus et gérés par les internautes pour parler de ces troubles des conduites alimentaires (TCA). Les origines du phénomène « pro-ana » sont modestes, après tout. Une poignée de sites web consacrés aux échanges autour des troubles des conduites alimentaires et tout particulièrement de l'anorexie mentale. Un phénomène de niche qui inspire la méfiance, d'autant plus qu'il évolue dans une région d'internet relativement peu fréquentée par les journalistes de l'époque, assez insaisissable pour engendrer la réprobation de ce que l'on appelle conventionnellement l'« opinion publique ». L'article publié par le *Time* en 2001 va modeler à peu près tout traitement dans la presse des années suivantes.

Les contributeurs des sites web et forums que l'on appelle désormais « pro-ana » documentent leur quotidien marqué par la détresse et leur rapport problématique au corps et à la nourriture. Et, dans la mesure où ce malaise se manifeste au travers de textes, vidéos et images numériques, c'est aussi un rapport problématique aux usages technologiques qui est révélé par ces pages web. Les troubles alimentaires mis en scène sur internet sont indissociables d'un problème d'hygiène, pour ainsi dire, des contenus médiatiques. A la différence des articles de presse ou des débats télévisés de la même époque, qui compensaient les détails écœurants de ces histoires de vie en leur juxtaposant l'avis expert de médecins ou d'éducateurs, les figures d'autorités semblent être absentes de ces communautés en ligne.

Certains de ces sites, par ailleurs, iraient selon les journalistes jusqu'à affirmer que les troubles sont un choix plutôt qu'une maladie. Mais leur message est un véritable tissu d'incohérences et d'ambivalences. Un autre article, paru à la même période dans le quotidien britannique *The Guardian*, révèle :

« Leurs messages confus reflètent les contradictions de la maladie. Une page d'accueil commence, 'L'anorexie est un mode de vie, pas une maladie', avant d'avertir que : 'L'anorexie mentale est un trouble de l'alimentation grave, potentiellement mortel'. De nombreux sites disent des choses comme : 'Si vous n'avez pas déjà un trouble alimentaire, partez maintenant. Si vous êtes dans un parcours de guérison, partez maintenant. L'anorexie est une maladie mortelle, et ne doit pas être prise à la légère' ». (Atkins 2002)

La confusion est d'autant plus grande que les sites qui semblent glorifier l'anorexie sont devancés, dans le référencement des moteurs de recherche, par d'autres qui les ridiculisent et les condamnent. Saisir « pro-ana » dans Google peut réserver des surprises, comme l'explique une journaliste de *Libération* :

« Des contre-sites se sont montés. Sur Google US, le premier site indiqué pour une recherche 'pro-anorexia' est un site de prévention et d'aide aux malades, Scared (Soutien, conseils et renseignements sur les troubles du comportement alimentaire), qui s'oppose aux 'pro-ana' ». (Pessel 2001)

D'entrée, faire la part entre les contenus véritablement « pro-ana » et les « anti-pro-ana », ou encore les parodies, s'avère une tâche difficile. Reconnaître que les postures sont souvent variées, floues, et qu'elles évoluent dans le temps revient à démonter la narration journalistique. Et la presse, qui vient de découvrir ce nouveau sujet, n'est pas prête à y renoncer. Malgré l'ambiguïté des propos des jeunes auteurs de ces sites, donc, un autre journal britannique, *The Times*, n'hésite pas à contribuer à la création d'un climat d'effroi, en comparant les sites qui parlent d'« ana » à « ceux qui cautionnent le satanisme, la pédophilie ou d'autres activités illégales, telles que le terrorisme » (Kemp 2002).

Ces amalgames ne contribuent nullement à brider ce phénomène, bien au contraire... Alimentée par l'attention que lui ont porté les médias, affublée d'une étiquette de « mouvement pro-ana », la tendance a depuis connu une évolution soutenue, s'étendant

du web anglophone à l'Amérique Latine, pour arriver jusqu'en Europe et, en particulier, en France – où elle était restée quasiment inconnue jusqu'au milieu des années 2000. L'utilisation quasi-exclusive de l'anglais des débuts a été remplacée par l'usage actif d'une multiplicité de langues. Prenant initialement la forme d'un ensemble connecté de sites statiques, l'internet des personnes « qui vivent avec ana et mia » s'est ensuite approprié les instruments du web social. Il s'est alors transformé en une constellation de blogs, profils de médias sociaux, et groupes dans les services de réseautage en ligne (Tumblr, Facebook, Pinterest etc.). Si individuellement, ces pages sont souvent éphémères et très mobiles, leur présence d'ensemble, une fois établie, n'a plus diminué.

Pour autant, il est difficile de quantifier le phénomène. Le premier réflexe de tout analyste amateur d'internet est de renseigner le mot-clé « pro-ana » dans un moteur de recherche et de s'adonner à un décompte sommaire sur ce corpus. Cette démarche restituerait, certes, des centaines de milliers de réponses, mais ces dernières seraient principalement des articles de presse, des pages de Wikipédia, des textes savants, des messages de mouvements et associations qui mettent en garde contre ces sites. En effet, à cause des règles de référencement des moteurs de recherche, toute requête d'un contenu « pro-ana » a de plus en plus de chances de restituer essentiellement une avalanche de sites *anti* « pro-ana ». Jusqu'en 2006-7, le service Google Trends montrait une hausse nette du nombre de recherches pour le terme « pro-ana », puis une baisse lente, pourtant accompagnée du foisonnement de termes de recherche alternatifs : « ana pro », « pro ana mia » etc.

Le fait est que, malgré l'accusation répandue de faire du prosélytisme en ligne, les utilisateurs d'internet concernés par les troubles alimentaires n'ont aucun intérêt à s'offrir de la visibilité auprès du grand public. Remplis de confessions intimes, de récits douloureux, de conversations où souvent la fragilité des interlocuteurs fait surface, les

sites qui portent sur « ana et mia » renouvellent sans cesse leurs stratégies de dissimulation. Ils utilisent parfois des expédients pour contourner l'indexation des moteurs de recherche. Ils adoptent un jargon cryptique, sans parler évidemment de leur recours habituel à des pseudonymes ou à des connexions protégées par des mots de passe. Pour ces sites, la visibilité augmente le risque de censure, une préoccupation importante surtout dans les pays où des mesures législatives répressives ont été proposées – notamment la France en 2008 et 2015 et l'Italie en 2014⁴.

Ce qui complique les choses est que les créateurs de ces sites ne sont pas exactement des malveillants cherchant délibérément à nuire à des personnes fragiles – généralement, ils sont eux-mêmes concernés. Il s'agit principalement (mais non exclusivement) des femmes, en grande partie adolescentes et jeunes adultes (avec pourtant une présence non négligeable des plus âgées) qui vivent avec des troubles de l'alimentation.

C'est là que la presse se tourne vers un autre risque, réel ou imaginaire : l'attractivité de ces sites pour des simples sympathisants, parfois appelés *wannarexics* en anglais (raccourci de *wannabe* + *anorexic*, c'est-à-dire « personnes qui désirent devenir anorexiques », ou alors « régimeuses » en français).

Le quotidien américain *USA Today* les décrivait en ces termes :

« Observée le plus souvent parmi les adolescentes, la wannarexia est une étiquette décrivant ceux qui prétendent avoir l'anorexie, ou voudraient l'avoir. Alors que la wannarexia n'a pas été étudiée, les experts disent qu'un nombre croissant de filles exprime un désir malavisé d'être anorexiques, afin de gagner en popularité ou de perdre du poids. » (Bauman 2007)

⁴ En France : Assemblée nationale, Proposition de loi de Mme Valérie Boyer visant à combattre l'incitation à l'anorexie, n. 781, déposée le 3 avril 2008, et article 5 quinquies A du Projet de loi de modernisation de notre système de santé, voté le 14 avril 2015 à l'Assemblée Nationale ; en Italie : proposition de loi n. 2472, présentée au Parlement le 19 juin 2014. Au Royaume-Uni, la question a été discutée au Parlement : EDM 659 Anorexia Web Sites, UK Parliament, 3 février 2009. Voir § 7.4 pour plus de détails.

En fait, le label *wannarexic* n'a rien de scientifique et relève d'une méconnaissance profonde de la variété et de la complexité des troubles alimentaires. Les médecins par ailleurs mettent en garde : celles et ceux qui sont attirés par ces sites sont plutôt des personnes déjà atteintes de troubles alimentaires, et non pas des mangeurs non-pathologiques qui tomberaient dans « l'enfer d'ana ». Il peut s'agir de boulimiques ou d'hyperphagiques animés par une envie de perfection physique, qu'ils assimilent hâtivement à l'anorexie. Dans d'autres cas, ils peuvent être atteints de formes sub-cliniques (n'ayant pas eu un diagnostic médical) ou bien pré-anorexiques (n'ayant pas développé tous les symptômes). Mais la presse grand public fait peu de cas de ces subtilités.

Il est vrai que les propos contenus dans les sites et dans les pages ana et mia sont très variés. Si certains racontent les expériences de vie de leurs auteurs posant en malades héroïques, et revendiquant leur droit de choisir des régimes alimentaires atypiques, la plupart sont des pages personnelles, des journaux intimes partagés qui se prêtent à des témoignages douloureux. S'ils évoquent parfois des pratiques extrêmes qui peuvent choquer les lecteurs non-initiés, c'est toujours la souffrance qui donne le ton à leurs sites – plus que le refus volontaire d'une alimentation « normale ».

Quoi qu'il en soit, la préoccupation est que la mise en visibilité de comportements peu orthodoxes et le partage d'expériences de maladie ne contribue au maintien ou même à la propagation des troubles alimentaires. C'est à cet instant qu'à l'inquiétude des journalistes et des commentateurs sociaux, s'ajoute celle des professionnels de la santé.

Les échanges en ligne, spontanés et non contrôlés, peuvent aller à l'encontre des normes médicales reconnues – et le font parfois très explicitement. C'est dans les années 2005-2008 que la crainte que les utilisateurs d'internet puissent être amenés à adopter des comportements très déséquilibrés et à haut risque, allant du jeûne à la prise alimentaire

excessive et incontrôlée, des vomissements et de l'usage de laxatifs à l'exercice physique compulsif, s'empare des médecins et des décideurs publics.

La censure, solution simple et à l'apparence rassurante, a été tentée plusieurs fois, avec des résultats bien médiocres. Les premiers à avoir banni les pages web « pro-ana » furent les plateformes d'hébergement mêmes. AOL et Yahoo ont essayé de se débarrasser de ces contenus durant la période 2001-2004 (Holahan 2001 ; Reaves 2001), alors que le phénomène était encore essentiellement circonscrit au monde anglophone. Mais cela n'a pas estompé la croissance de ces pages et leur migration – vers d'autres services web et d'autres pays, notamment la France où elles n'existaient guère auparavant. Les efforts plus récents de services comme Tumblr et Pinterest, qui ont changé leurs conditions d'usage pour interdire explicitement les contenus pro-anorexie, n'ont pas non plus réussi à arrêter le phénomène. Chassés, les bloggeurs ana et mia se sont aussitôt regroupés ailleurs, soulevant de nouvelles controverses. Une utilisatrice d'un de ces sites populaires de partage de photos rapporte son choc à la vue d'images de *thinspiration* (« inspiration à maigrir »), un contenu populaire auprès des personnes atteintes de troubles alimentaires :

« La thinspiration sur Pinterest englobe autant des photos stéréotypées de femmes séduisantes que des citations à propos du plaisir de faire de l'exercice, et combine parfois les deux. J'ai trouvé une citation qui dit : 'Rien n'a autant de saveur que de se sentir maigre'. Une autre, avec une image de femme mince pratiquement nue dit 'ce que vous mangez en privé, vous le portez en public'. Et puis j'ai fini par voir une image avec une autre femme à peine vêtue disant 'ça t'as pris 4 semaines pour remarquer que ton corps changeait, ça a pris 8 semaines à tes amis, et 12 au reste du monde. N'abandonne pas'. Il est impossible de se connecter à Pinterest sans assister à ce type de spectacle de *thinspiration*. Non seulement ces femmes postent de la *thinspiration* pour s'humilier en exprimant et affichant leur sentiment que leur propre corps n'est pas à la hauteur, mais, sur Pinterest, il s'avère que ces images sont 'ré-épinglées' [transférées et réaffichées] pour la totalité de leurs

abonnés afin qu'ils sachent eux aussi que leurs corps ne sont pas à la hauteur. » (Megna 2012)

Sur les plateformes sociales, ces pages sont créées pour permettre aux participants de s'exprimer librement, de se confier, de rompre avec leur solitude, de demander des conseils et de s'entraider. Mais où est la frontière entre la demande d'aide et l'expression symptomatique d'un malaise d'une part, et la parole problématique qui inquiète les professionnels et les autorités, de l'autre ? La réponse à cette question est particulièrement difficile dans la mesure où les communautés accusées de prôner l'anorexie et les autres troubles, ne sont guère différentes de celles mises en place par n'importe quel autre type d'internautes atteints d'une autre pathologie. Les malades de cancer, ou d'une autre maladie chronique, recherchent eux aussi de l'information et du soutien. Ils développent, eux aussi, un esprit de communauté qui souvent inquiète, mais qui s'ouvre à des formes de solidarité et de protection des droits des malades saluées par la société civile.

Toute interdiction apparaît donc comme hautement problématique. D'autant plus que, comme des psychologues le signalaient en 2003 déjà, les sites « pro-ana » peuvent aider la compréhension du ressenti et du quotidien de personnes atteintes de TCA :

« Les docteurs Patrick Davies et Zara Lipsey notent que 'l'examen et la lecture de ces sites nous donnent un meilleur aperçu de l'état d'esprit et des pensées des personnes impliquées. (...) Il est intéressant que les individus trouvent acceptable de publier leurs pensées les plus intimes sur le moyen le plus public jamais créé, lorsqu'ils n'arrivent pas à exprimer ces pensées en face-à-face. (...) Lire ces textes sur internet est peut-être notre seul moyen de regarder dans l'esprit d'un patient ayant une anorexie'. Les deux professionnels croient qu'en ciblant ces sites, il est possible de développer une meilleure relation avec les personnes souffrant de troubles de l'alimentation. 'Les problèmes d'image de soi peuvent obstruer la relation thérapeutique, et une extension des services d'information médecin-patient sur internet peut

être une façon de joindre les patients concernés par l'anorexie mentale, qui auraient autrement rejetés les services de santé standard' ». (Doward & Reilly 2003)

Les politiques publiques de prévention, soutien, traitement et suivi pour les personnes touchées par les troubles de l'alimentation, bénéficieraient alors d'une approche scientifique globale des activités liées aux communautés internet consacrées à l'anorexie nerveuse et aux autres troubles alimentaires. Une telle approche permettrait d'évaluer les risques réels que ces activités comportent, mais aussi les facteurs protectifs qui peuvent y être associés et le rôle préventif qu'elles pourraient jouer si appréhendées de manière experte par les professionnels de la santé. En particulier, il est essentiel de mieux connaître les effets et l'importance de la communication médiatisée par les plateformes numériques sur la santé des personnes souffrant d'anorexie ou de boulimie, par rapport à leurs interactions sociales en face-à-face ; en outre, l'effet de la fréquentation des sites ana-mia doit être évalué par rapport à la gamme complète des activités en ligne des utilisateurs.

*

* *

Ce bref résumé suffit à faire apparaître une réalité plus complexe et plus vaste que le contexte social des troubles alimentaires au sens stricte. Les questions soulevées par le phénomène « pro-ana » dépassent le périmètre de l'expérience de la maladie et de la détresse d'une tranche de population spécifique, pour s'ouvrir sur des enjeux qui concernent la société toute entière. Les discussions en ligne mettent au jour des problèmes et des incohérences liés à l'alimentation et à ses retombées sur la santé. Certes, les personnes qui vivent avec un trouble alimentaire sont confrontées à une réalité difficile, mais leur réaction paroxystique fait apparaître une condition de confusion diététique dans laquelle baigne tout mangeur contemporain. Il en va de même au regard

de la confusion médiatique, la tension entre promesses de liberté d'expression et risques associés à la parole problématique sur internet : tout le monde est concerné à différents degrés, mais pour certains ces risques sont exacerbés par la vulnérabilité sociale, psychologique, corporelle. Se pencher sur le phénomène « pro-ana » sert alors à montrer à quel point les échanges au sein des communautés en ligne de personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires apportent un éclairage nouveau sur les enjeux actuels de l'alimentation, mais aussi de la communication assistée par les technologies. Sous la pression d'injonctions commerciales, sanitaires, et personnelles souvent contradictoires, la « cacophonie » du choix alimentaire actuel se reflète, comme dans un miroir déformant, dans le discours des utilisateurs de sites « pro-ana ». En parallèle, des injonctions politiques, technologiques, et culturelles contrastantes, compliquent le tableau et rendent impossible une compréhension des processus en cours sans avoir recours à une analyse avancée des usages effectifs des plateformes de communication numérique.

Les enjeux alimentaires finissent, paradoxalement, par réintroduire une forme de « commensalité », une manière d'être ensemble autour de l'expérience alimentaire. Euphémisée, réduite à un ensemble d'indicateurs quantitatifs (nombre de calories, poids idéal...) ou qualitatifs (« perfection physique », « être bien dans sa peau »...), mais aussi réaffirmée comme une composante de l'expérience humaine. Il s'agit là d'une instance de mise en chiffres (compteurs, statistiques de performance, métriques de réputation, etc.) et de mise en images (selfies, avatars, etc.) à des fins de construction de sa présence et de son capital social sur les réseaux de communication (Casilli 2013).

Dans la mesure où cette expérience échappe à l'individu contemporain, le phénomène « pro-ana » exemplifie aussi un changement progressif de la sensibilité vis-à-vis du corps et de la santé. Dans les sociétés actuelles, la gestion du poids est l'indicateur d'une pression à la perfection physique et à l'image du corps, qui se fait facteur d'intégration

sociale. La minceur n'est pas seulement un enjeu esthétique mais aussi un signal de reconnaissance et de réussite. Survalorisée, elle finit à la limite par justifier toute prise de risque, y compris l'adoption de comportements reconnus comme pathologiques et stigmatisants.

Aux risques liés aux actions, s'ajoutent ceux associés à la prise de parole dans un contexte médiatique et technologique qui se veut libre, mais qui en même temps, expose constamment à une mise en jeu (et potentiellement à une perte) de la liberté. Depuis ses origines, l'agrégat de technologies que l'on a convenu d'appeler « internet » est engagé dans une négociation complexe avec sa propre potentialité libératrice. D'une part il est traversé d'une envie d'autonomie, de « mise en puissance » (*empowerment*) et de choix expressif sans précédents. D'autre part ses messages et ses contenus, comme des incantations, réveillent des périls ancestraux : les usages informatiques alimentent les suspicions et les inquiétudes des autorités qui, devant une prise de parole jugée problématique, cherchent à « civiliser la conversation » en empêchant certains messages d'apparaître, ou à attester de la qualité de l'information partagée en incluant des savoirs experts dans le processus de certification des contenus d'internet. C'est alors que le « pro-ana » devient un objet d'observation pour le médecin, et de régulation pour le législateur. C'est alors, aussi, que le phénomène déborde les communautés d'internet et pose des questions plus foncières, et plus traditionnelles dans les contextes démocratiques. Quelles sont les limites de la liberté d'expression ? Qui est autorisé à prendre la parole en public ? Qu'est-ce qu'un comportement déviant ?

Donc le « pro-ana » mérite d'être étudié parce que, loin d'être un phénomène de niche, il est révélateur d'un ensemble de tensions et de contraintes auxquelles les contemporains sont, à différentes échelles, tous soumis. Les enjeux sociaux, scientifiques, politiques et culturels qu'il révèle résonnent avec ceux de tous les mangeurs, mais aussi de tous les

usagers de technologies numériques, de tous les patients, de tous les citoyens de nos sociétés⁵.

⁵ Nous choisissons d'écrire « pro-ana » toujours entre guillemets, car au cours de la lecture, l'inadéquation de ce label apparaîtra de plus en plus clairement. Le « pro » est inapproprié dans la mesure où tous les internautes concernés ne font pas de l'apologie du trouble alimentaire ; au contraire, nombreux sont ceux d'entre eux qui se montrent critiques et réflexifs. Le « ana » ne constitue pas non plus une description correcte du phénomène, l'anorexie ne touchant qu'un nombre relativement petit d'usagers de ces sites, bien qu'elle soit le trouble le plus connu du grand public (voir pour plus de précisions § 7.2.1).

Toujours sur le plan du langage, nous choisissons de ne pas utiliser des termes tels que « anorexiques » et « boulimiques » comme des pronoms personnels, car une caractérisation des individus par leur diagnostic pourrait s'avérer stigmatisante : nous optons plutôt pour des expressions comme « personnes ayant une anorexie mentale », « personnes atteintes de boulimie », ou « participants vivant avec des troubles alimentaires ». Nous nous autorisons des exceptions à cette règle seulement lorsque nous citons des propos d'autrui, notamment de nos enquêtés. Ce choix s'aligne aux recommandations du *International Journal of Eating Disorders*, la revue scientifique de référence pour les spécialistes des troubles alimentaires.

Finalement, nous choisissons de suivre l'usage traditionnel en français, en appliquant notamment le pluriel masculin pour indiquer tout ensemble de personnes. Nous sommes sensibles à la préoccupation que l'utilisation par défaut du genre masculin risque de délaisser les femmes ; néanmoins dans le cas spécifique des troubles des conduites alimentaires, il nous semble que des altérations des règles d'écriture qui féminiseraient le langage pourraient s'avérer contreproductives. Elles amèneraient à renforcer l'ancienne croyance que les troubles de l'alimentation ne concernent que les femmes, alors que l'incidence auprès des hommes est en hausse (§ 2.1.1) : il s'agit d'éviter le résultat indésirable d'une stigmatisation plus importante pour des personnes de sexe masculin qui seraient concernées.

2. Troubles alimentaires, avant et après internet

Avant même d'analyser le rôle d'internet et plus généralement, du numérique dans le développement du phénomène « pro-ana », nous devons le situer dans le contexte plus vaste des troubles des conduites alimentaires. S'il s'agit d'un fait social éminemment lié à l'émergence des technologies de l'information et de la communication, notre perception des enjeux de santé qui s'y ramènent est façonnée par la connaissance scientifique des troubles, qui s'est constituée au cours du temps. Il faut alors en appréhender la caractérisation clinique, l'histoire, et les causes sociales. Au carrefour d'enjeux sanitaires, sociaux et techniques très variés, le phénomène « pro-ana » convoque des thématiques importantes qui traversent nos sociétés—et appelle une réflexion transdisciplinaire poussée pour dépasser les limites des connaissances compartimentées acquises jusqu'ici.

2.1. De l'approche médicale à l'approche sociale

Les troubles alimentaires ne sont pas exclusivement des problèmes liés à la prise alimentaire. Bien sûr, ils se caractérisent par des conduites nutritionnelles qui divergent par rapport à celles habituellement adoptées dans le milieu socioculturel des personnes concernées. Mais surtout, ils sont liés à des désordres somatiques ou psychiques, et affectent la santé physique et mentale, ainsi que la cohésion sociale des personnes concernées et de leurs proches. L'image de soi, le rapport à son corps et les interactions avec les autres dans le quotidien sont affectées.

Leurs causes sont multifactorielles, de nature biologique (facteurs génétiques, antécédents en termes de maladies, poids, déséquilibres biochimiques des neurotransmetteurs), psychologique (troubles affectifs, impulsivité, estime de soi), environnementale (stress, accidents, traumatismes) et sociale (famille, pressions sociales, milieux d'appartenance).

En effet, les déterminants sociaux sont des facteurs à part entière, qui peuvent faciliter ou entraver le développement de conduites pathologiques : les habitudes alimentaires au sein du contexte familial, l'éducation nutritionnelle, les disponibilités alimentaires du pays de résidence, l'impact des univers professionnels sur l'équilibre alimentaire. C'est pourquoi les troubles alimentaires ont été caractérisés comme « syndromes liés à la culture » (en anglais *culture-bound syndromes*, CBS, Lee 1996).

2.1.1.Aspects cliniques : des troubles variés, mais stables dans le temps

L'anorexie mentale et la boulimie mentale sont les deux troubles de l'alimentation les plus connus du grand public : la première est une restriction volontaire de la prise alimentaire, et a pour conséquence une perte de poids importante, tandis que la deuxième se caractérise par des cycles de prise alimentaire excessive / purge et par un poids variable. Mais l'éventail des comportements alimentaires problématiques est bien plus large, et si par le passé, un diagnostic très utilisé était celui de « troubles des conduites alimentaires non spécifiés » (TCA-NS, en anglais *EDNOS, Eating Disorders Not Otherwise Specified*) ou « troubles atypiques », la préférence est aujourd'hui pour des diagnostics plus précis, qui décrivent plus en détail les symptômes dans chaque cas. Ainsi le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), le manuel de référence de l'*American Psychiatric Association* à l'usage des professionnels, a profondément révisé sa classification des troubles alimentaires dans sa cinquième édition (DSM-5), publiée en 2013. En particulier, les critères auparavant retenus pour les diagnostics d'anorexie et de boulimie mentale ont été assouplis pour mieux tenir compte de la variété et complexité des symptômes, et une liste détaillée d'autres troubles a pris la place des TCA-NS.

Si les femmes sont globalement plus touchées, la recherche récente suggère une prévalence de l'anorexie masculine plus élevée qu'on ne l'aurait cru auparavant (Chambry 2008 ; Gueguen, Godart et al 2012). Plus généralement, la proportion de troubles alimentaires concernant des personnes de sexe masculin se situerait entre 10% et 25% mais, à part des catégories professionnelles spécifiques (surtout athlètes), les experts s'accordent pour dire que ces troubles sont souvent sous-diagnostiqués (Strother, Lemberg & Chariese 2012).

Le DSM-5 décrit *l'anorexie mentale* comme la famine auto-imposée, avec perte de poids très importante par rapport à ce qui est considéré comme le poids minimum normal pour l'âge et pour la taille de la personne. Elle s'accompagne d'une peur intense de grossir, ou de comportements persistants visant à éviter la prise de poids, même en situation de sous-poids. L'image du corps est altérée, la personne se voyant plus grosse qu'elle ne l'est réellement, et niant la gravité de sa maigreur. Le poids ou la forme corporelle ont une influence injustifiée sur l'estime de soi. Un dernier critère diagnostic auparavant retenu pour les femmes, l'aménorrhée, a été éliminé du DSM-5.

Le principal critère pris en compte pour évaluer la portée de la perte de poids est l'Indice de Masse Corporelle (IMC, le rapport du poids en kg sur le carré de la taille en m). Il s'agit d'un indicateur simple, mais très utilisé, d'évaluation de la corpulence. L'Organisation Mondiale de la Santé a établi des seuils applicables aux adultes et résumés dans le Tableau 1, qui correspondent à différents niveaux de risque. Pour le diagnostic d'anorexie mentale des adultes, on retient généralement un IMC inférieur à 17,5 ; et pour les enfants, un poids inférieur au 10ème percentile pour l'âge.

Classification	IMC (kg/m ²)	
	Classes principales	Classes secondaires
Sous-poids	<18,50	<18,50
Maigreur extrême	<16,00	<16,00

Maigreur modérée	16,00 – 16,99	16,00 – 16,99
Maigreur légère	17,00 – 18,49	17,00 – 18,49
Poids normal	18,50 – 24,99	18,50 – 22,99
		23,00 – 24,99
Surpoids	≥25,00	≥25,00
Pre-obésité	25,00 – 29,99	25,00 – 27,49
		27,50 – 29,99
Obésité	≥30,00	≥30,00
Obésité classe I	30,00 – 34,99	30,00 – 32,49
		32,50 – 34,99
Obésité classe II	35,00 – 39,99	35,00 – 37,49
		37,50 – 39,99
Obésité classe III	≥40,00	≥40,00

Tableau 1 : Classes d'IMC et seuils correspondants pour les adultes, selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Source : OMS 2015.

Selon une méta-analyse (Roux, Chapelon & Godart 2013), en des contextes différents l'anorexie mentale toucherait entre 0 et 2,2% des femmes entre 11 et 65 ans. La prévalence serait de 0,48 % dans la tranche des 15-19 ans, où l'incidence est la plus élevée (Smink, van Hoeken & Hoek 2012). La prévalence vie entière est estimée à 0,5 % pour les femmes et 0,3% pour les hommes. En France, une étude menée en 2008 auprès d'adolescents dans leur dix-huitième année indique que l'anorexie mentale a concerné 0,5 % des filles et 0,03 % des garçons entre 12 et 17 ans (INSERM 2014). Dans l'ensemble, ces taux ne sont pas considérablement différents de ceux qui avaient été estimés au début des années 2000 par Hoek et van Hoeken (2003) selon lesquels la prévalence était d'environ 0,3-0,5%. Ces chiffres rassurent, confirmant qu'il n'y a pas d'« épidémie » internationale d'anorexie mentale, contrairement à ce que l'on entend parfois dans les médias.

Ce qui est plus inquiétant, ce sont les effets de l'anorexie mentale sur les personnes touchées, avec de graves séquelles psychologiques (dépression, auto-mutilation,

tendances suicidaires), et physiologiques (baisse de la température corporelle, anémie, constipation, évanouissements, ostéoporose, augmentation de la pilosité, et dans les cas les plus graves, complications cardiaques et cérébrales). Le taux de mortalité est le plus élevé parmi les pathologies psychiatriques, notamment 6,2 à 10,6 fois supérieur à celui observé dans la population générale pour une durée de suivi allant de 10 à 13 ans ; il est plus bas pour de plus longues périodes de suivi, notamment 3,7 fois plus que dans la population générale pour des périodes de suivi de 20 à 40 années (Roux, Chapelon & Godart 2013). Une étude menée en France sur l'anorexie masculine a montré que la survie à 10 ans ne diffère guère entre les hommes et les femmes, mais les décès des hommes ont lieu plus tôt dans la période qui suit l'hospitalisation (Gueguen, Godart et al 2012).

La *boulimie mentale* est caractérisée par des épisodes récurrents de « crise » avec prise alimentaire excessive et incontrôlée suivies de purge compensatoire (vomissement auto-induit, abus de laxatifs ou de diurétiques, jeûne, exercice physique compulsif) pour éviter une prise de poids. Ces cycles de frénésie et de purge sont répétés au moins une fois par semaine (DSM-5), et sont à l'origine de fluctuations de poids fréquentes, sans que le poids ne descende systématiquement et longuement en dessous des niveaux considérés normaux pour la taille, l'âge et le genre.

L'incidence de la boulimie semble s'être infléchie dans les dernières années, un résultat qui se reflète en une prévalence stable, voire légèrement décroissante dans le temps. La prévalence vie est d'environ 1% pour les femmes (Smink, van Hoeken & Hoek 2012). Toutefois, la définition de la fréquence des crises cycliques d'alimentation incontrôlée/purge affecte ces estimations. Le seuil d'une fois par semaine couramment adopté correspond à un taux de prévalence à peu près double par rapport au seuil de deux fois par semaine qui faisait référence dans la précédente édition du DSM (Ornstein,

Rosen et al 2013). En France, le taux de prévalence de la boulimie parmi les jeunes femmes se situerait autour de 1,5% (Godart & Falissard 2008).

Il faut aussi rappeler que ces troubles alimentaires ne sont pas compartimentés ou mutuellement exclusifs. En fait, l'anorexie et la boulimie mentale sont intimement liées et peuvent être associées ou s'alterner : entre un tiers et la moitié des patients souffrant d'anorexie mentale passent d'une phase restrictive au moment de l'adolescence à une phase d'alternance avec des crises de boulimie suivies de vomissements aux alentours de dix-huit ans (INSERM 2014). Quoique la boulimie ne conduise pas normalement à des pertes importantes de poids, les vomissements et la prise de laxatifs qui y sont associés ont également des conséquences néfastes sur la santé : constipation, déshydratation, œdèmes, inflammation de l'œsophage, gonflement des glandes salivaires, et même troubles du rythme cardiaque.

Le DSM-5 a reconnu pour la première fois un autre trouble alimentaire, *l'hyperphagie* ou compulsion alimentaire (*binge eating* en anglais). L'hyperphagie se caractérise par des épisodes récurrents de prise excessive de nourriture dans un court laps de temps, avec un sentiment de manque de contrôle. La personne atteinte de ce trouble de l'alimentation peut manger très vite, même si elle n'a pas vraiment faim, et peut avoir des sentiments de culpabilité, d'embarras, ou de dégoût, essayant souvent de cacher son comportement. Ce trouble est associé à une détresse intense et survient, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois. Cette description très précise vise à sensibiliser les praticiens, aussi bien que le grand public, aux différences entre le trouble de l'hyperphagie et le phénomène courant de la suralimentation. Le premier est plus rare, mais beaucoup plus grave, et est associé à des problèmes physiques et psychologiques.

D'autres *troubles moins répandus*, mais désormais nommés dans le DSM-5 sont le pica, caractérisé par l'ingestion d'objets ou de substances non comestibles comme la craie, le

charbon, le savon, le métal, ou le sable, qui peut survenir chez l'enfant tout comme chez l'adulte ; le mérycisme, défini par des régurgitations et remastications d'aliments ; alimentation sélective, avec consommation seulement de certains types d'aliments donnés ; et d'autres troubles comme l'anorexie atypique, la boulimie et l'hyperphagie à faible fréquence, les compulsions alimentaires nocturnes.

Notons que l'obésité et le surpoids, en eux-mêmes, ne sont pas considérés comme des troubles alimentaires, et qu'il y a une attention croissante, sans pour autant une reconnaissance officielle, pour l'orthorexie, l'attitude consistant à porter à l'extrême les principes de l'« alimentation saine ».

2.1.2.Des « saintes anorexiques » du Moyen Âge, aux effets de la culture et de la classe sociale

L'épidémiologie et les catégories diagnostiques peuvent nous aider à circonscrire le sujet des troubles des conduites alimentaires, mais les dimensions sociétales et culturelles sont tout aussi importantes. Il s'agit de facteurs socioculturels tels l'éducation, les valeurs et les aspects que l'on peut reconduire à la civilisation au sens large, aussi bien qu'à l'environnement familial et social.

Les premières études des aspects culturels et sociaux des troubles de l'alimentation se sont concentrées sur des exemples de comportements alimentaires problématiques survenus dans les siècles passés et dont témoignent des sources historiques (Hepworth 1999). En particulier, les récits des vies de femmes jeûneuses de la chrétienté médiévale, souvent considérées comme des saintes par leurs contemporains, ressemblent à première vue à ce que l'on considère aujourd'hui comme des symptômes cliniques de l'anorexie mentale. La notion d'« anorexie sacrée » (Bell 1985), tout en reconnaissant l'ancrage historique et culturel de toute définition de la maladie, sert à souligner l'association entre

mode de vie ascétique et attitudes critiques envers la société. Le jeûne départageait les croyants « purs » et les membres d'une société corrompue, mettait ceux qui le pratiquaient en position antagoniste par rapport à leurs milieux. De façon apparemment contradictoire, l'abstinence et la maîtrise du corps dont les jeûneuses faisaient preuve accompagnèrent leur autonomisation sociale et l'admiration que leur portaient les pairs (Brumberg 1988).

En regardant le développement historique plus récent d'une variété de troubles, y compris l'anorexie mentale, Turner (1984) montrait à son tour comment ils pouvaient résulter de pressions sociales antithétiques dans la culture de consommation actuelle : abondance alimentaire contre idéaux de forme corporelle, disponibilité d'assistance médicale contre injonction d'auto-détermination et auto-suffisance. Ainsi, les personnes souffrant d'anorexie se trouvent au centre d'une tension politique. C'est ce qui explique comment, dans certains contextes, elles peuvent même en venir à être saluées comme des héros et des martyrs de la société (Raimbault & Eliatcheff 1989). Néanmoins, les différences entre l'anorexie et la boulimie, basées non seulement sur les symptômes associés, mais aussi sur les dimensions culturelles et historiques de ces troubles, jouent un rôle important dans la structuration de hiérarchies sociales parmi les personnes atteintes de troubles alimentaires elles-mêmes. Si l'on peut faire remonter jusqu'au Moyen-Âge des comportements de restriction alimentaire et maigreur extrême, la catégorie clinique de l'anorexie mentale remonte à la fin du XIXe siècle, avec les travaux de médecins anglais (Sir William Gull) et français (Ernest-Charles Lasègue). En revanche, la boulimie est une découverte plus récente que les premières publications scientifiques importantes datent de la fin des années 1970 (Russel 1979 ; Igoin 1981). La littérature a montré comment la réputation, le prestige social et la connectivité interpersonnelle des sujets souffrant d'anorexie et de boulimie peuvent diverger (Csipke & Horne 2007 ; Allen 2008). Si

l'anorexie, surtout restrictive, est associée à une capacité de contrôle de soi souvent admirée par les autres – un peu comme les jeûneuses médiévales émerveillaient leurs contemporains – les crises de boulimie sont plutôt associées à une perte de contrôle, généralement vécue comme peu valorisante et même honteuse.

Le féminisme et les études de genre ont joué un rôle important dans le développement de notre compréhension de ces comportements atypiques. Dans un ouvrage devenu classique, Orbach (1978) voyait dans l'inégalité entre les sexes un facteur explicatif des compulsions alimentaires et des prises de poids excessives. La compulsion alimentaire et le surpoids seraient des manières de contourner l'injonction sociale d'un idéal de beauté féminine et le confinement dans des rôles sexuels traditionnels, afin d'obtenir une reconnaissance dans la vie professionnelle, hors de la maison. De façon similaire, Wolf (1991) et Bordo (1993) associaient les troubles alimentaires aux difficultés d'émancipation des femmes dans des sociétés encore profondément inégalitaires.

La recherche des dernières décennies a vu un foisonnement de travaux qui, tout en s'inscrivant dans la continuité des œuvres précédentes, les renouvellent et les rapprochent d'autres thèmes sociétaux. Ainsi Darmon (2003) a revisité la question des tensions sociales au carrefour desquelles se développent les troubles, et a interprété l'anorexie mentale comme une « carrière » personnelle et sociale—une série d'activités qui se déroulent au fil du temps, des premiers symptômes jusqu'à l'hospitalisation. Cette perspective distingue les phases de la « carrière » qui correspondent à différents états physiques, psychologiques et relationnels, et met au jour les nombreuses facettes comportementales qui accompagnent le trouble à chaque moment.

Le rôle de la stratification sociale et du statut socio-économique dans la survenue et le maintien des troubles alimentaires est ambigu. L'idée reçue que les troubles alimentaires se propagent surtout parmi les classes supérieures a été contrée depuis longtemps (Gard

& Freeman 1996 ; Gibbons 2001). Des données récentes suggèrent que les comportements boulimiques tendent à apparaître plus fréquemment chez des personnes défavorisées en termes de classe sociale ou appartenant à des minorités, à égalité d'autres conditions comme le genre et l'âge. Elles seraient moins susceptibles de recevoir un diagnostic approprié, ce qui explique que leur importance relative ait auparavant été sous-estimée (Ham, Iorio & Sovinsky 2013 ; 2015). La relation entre trouble et classe socio-économique n'est pas non plus prouvée dans le cas de l'anorexie mentale (Roux, Chapelon & Godart 2013). Quant aux enjeux de genre, l'attention grandissante pour les troubles alimentaires masculins confirme les effets différentiels de l'identité de genre et de la sexualité et, tout en suggérant que ces effets ne seraient plus limités au seul sexe féminin, pose de nouvelles questions, au-delà de celle de la place des femmes dans nos sociétés (Robinson, Mountford & Sperlinger 2013).

2.2. *Les sociabilités des mangeurs connectés*

Les troubles de l'alimentation s'inscrivent dans le contexte plus général des modes de consommation alimentaire moderne et de ses contextes sociaux : il faut considérer non seulement la convivialité traditionnelle, celle qui se déploie autour de la table, mais aussi la sociabilité en ligne, qui joue aujourd'hui un rôle important de connexion entre individus et entre groupes, et de véhicule de communication en matière d'alimentation et santé.

2.2.1. Complexité alimentaire et injonctions contradictoires

Les troubles de l'alimentation doivent être compris dans le cadre plus général des styles et modalités de l'alimentation moderne et de leurs conséquences à long terme sur la santé publique. Il ne s'agit pas ici de discuter de l'offre alimentaire, du système d'exploitation

agricole et de l'industrie, qui affectent la disponibilité de nourriture. Il s'agit d'un sujet crucial, incontestablement, mais les facteurs qui entrent en jeu du côté de la demande ont une relation plus directe avec notre thème : les budgets des familles, les lieux de consommation, l'ensemble des normes alimentaires explicites ou implicites en vigueur dans un contexte socio-culturel déterminé. Surtout la mobilité géographique et la variété des mondes sociaux dans lesquels les mangeurs contemporains évoluent, entraînent une grande complexité des modèles de consommation alimentaire. Nos choix alimentaires se font en large partie sous des contraintes de nature économique (prix des aliments considérés « sains » par rapport à la « malbouffe »), culturelle (taille des portions, préférences pour certains ingrédients ou préparations), ou d'emploi du temps (diminution du temps moyen de préparation, grignotage, augmentation des repas hors-domicile). Mais la contrainte la plus difficile à gérer est sans doute de nature cognitive : notre prise alimentaire se fait dans un climat d'incertitude relative à sa valeur (combien de calories, quels ingrédients, quels effets sur le corps du mangeur ?), sa motivation (manger par faim, par pression sociale, par peur d'avoir faim plus tard dans la journée ?), sa signification (comment inscrire une prise alimentaire dans un style alimentaire personnel, familial, national etc. ?). Ces considérations font de chaque prise alimentaire une expérience insaisissable et, dans une certaine mesure, une prise de risque. La tendance avérée vers la hausse des taux d'obésité et de surpoids au niveau mondial est souvent considérée comme un effet patent de ces risques et des déséquilibres qui en résultent⁶.

En réponse à ces phénomènes, des campagnes d'éducation et de prévention nutritionnelle de grande envergure ont été lancées dans de nombreux pays (OCDE 2010). Les

⁶ L'Organisation Mondiale de la Santé estime que les taux d'obésité ont doublé à partir de 1980 et que ce phénomène n'est plus limité aux seuls pays occidentaux (OMS 2015). En France, l'obésité concernait en 2012 15% des adultes, avec une prévalence un peu plus élevée pour les femmes (15,7%) que pour les hommes (14,3%), tandis que le surpoids atteignait 32% de la population adulte (INSERM – Enquête ObEpi-Roche 2012 ; voir aussi § 5.1). On considère que les conséquences médicales de l'obésité vont de maladies cardio-vasculaires au diabète et au cancer, avec une flambée attendue des coûts pour des systèmes de prise en charge, déjà en grande difficulté financière.

institutions publiques et l'industrie agro-alimentaire sont également concernées, dans la mesure où les premières doivent créer un cadre juridique adapté, et la seconde doit s'y adapter. En effet, les allégations de santé et l'information nutritionnelle, souvent obligatoires sur les emballages de produits alimentaires ainsi que dans la publicité commerciale, visent à sensibiliser les consommateurs aux propriétés nutritionnelles et aux bienfaits, risques sanitaires et autres conséquences des produits alimentaires. Pourtant, la façon dont ces allégations et les faits sous-jacents sont présentés varie considérablement selon les contextes géographiques et impacte de manière variée les différents milieux sociaux et culturels (Casilli & Sanchez 2008).

Fischler (1990) a parlé à ce sujet d'effets cognitifs « cacophoniques » sur le grand public : les consommateurs sont pris au milieu d'un feu croisé de conseils nutritionnels dissonants. Les publicités des produits alimentaires sont représentatives du conflit cognitif que le consommateur moyen peut éprouver. Par exemple, depuis 2007 et sauf quelques exceptions, la loi française impose aux marques de produits alimentaires d'introduire dans leurs publicités et autres outils de communication un message sanitaire : il s'agit d'une mesure de santé publique visant à sensibiliser le public et à donner des repères nutritionnels. Elle débouche toutefois en des injonctions contradictoires, lorsque l'on voit sur des panneaux publicitaires des casse-croûtes « onctueux », « enrobés de chocolat », « farcis d'une crème délicieuse » qu'on peut « savourer en toute occasion », accompagnés de messages tels que « évitez de grignoter entre les repas » ou « évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé ». Le travail de décryptage auquel chaque consommateur doit alors s'adonner n'est pas simple : il s'agit de dissocier le message apparaissant en bas d'une publicité du produit qui y est présenté, de ne pas l'interpréter comme une validation du produit, et même de refuser tout lien avec le produit. Ainsi, le résultat de ces avis divergents est difficile à estimer. Au-delà des stratégies de vente des

entreprises et des objectifs sanitaires des décideurs publics, les effets réels dépendent des comportements d'appropriation des conseils nutritionnels par les consommateurs.

En l'état actuel, la réception des campagnes de santé et de nutrition est peu connue. En particulier, l'idée a été avancée que les personnes en situation d'obésité ou surpoids pourraient être lentes à réagir, tandis que l'insistance sur le comptage des calories et la promotion de produits alimentaires à faible teneur en matières grasses ou sucrées pourrait en fait renforcer l'idéal tant blâmé de la minceur véhiculée par la presse féminine et la mode (voir § 1). La recherche des dernières années (Adt & Fischler 2005 ; Mazzocchi, Trail & Shogren 2009) documente une préoccupation grandissante pour d'éventuels effets indésirables, comme dans le cas de campagnes de promotion de l'équilibre nutritionnel finissant par renforcer les troubles alimentaires auprès de populations vulnérables. En particulier, les politiques récentes d'information et d'étiquetage alimentaire pourraient avoir influencé la perception de la graisse comme une menace pour la santé, entraînant ce que l'on appelle la « lipophobia », ou le dégoût de la graisse à la fois dans les aliments et dans le corps humain (Fischler 1992) ; *a fortiori*, elles pourraient avoir facilité l'apparition précoce de formes d'anorexie chez des sujets à risque, ou encore renforcé les réactions paradoxales de patients boulimiques.

Les modes de consommation alimentaire actuels posent donc une double série de défis, qui ne se limitent pas à la production de « junk food » et de nourriture d'indulgence (snacks, grignotage), mais s'étendent à la commercialisation et à la promotion d'aliments « hygiéniques » qui, du moins sous certaines conditions, peuvent de manière contre-intuitive favoriser des attitudes et des comportements de compensation alimentaire surdimensionnée (par exemple lorsqu'on mange des quantités excessives de produits considérés comme « diététiques »). De même, l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires peut encourager l'adoption d'une approche quantitative, du comptage des

calories à l'obsession pour la pesée des aliments, comme celle activement adoptée par les personnes atteintes de troubles alimentaires qui évaluent sans cesse leur « progression » dans leur trajectoire anorexique ou boulimique. « Light », « 0% sucres », « 0% matière grasse » sont des armes dans les mains de patients atteints d'anorexie. A l'autre extrémité du spectre des troubles de l'alimentation, l'approche qualitative n'est pas non plus exempte de risques pour certains mangeurs compulsifs : les qualificateurs de « nature », « intégral » et « 100% de vitamines et minéraux » pourraient avoir un intérêt pour les sujets atteints de boulimie. Bien que ces types de troubles concernent une proportion de la population relativement faible, la possibilité que des stratégies conçues pour faire face au surpoids se répercutent négativement sur les personnes ayant une anorexie ou une boulimie ne peut pas être négligée. Les décideurs politiques et les acteurs de l'industrie font donc face à une tâche difficile : adapter les campagnes de santé publique sans sous-estimer l'alimentation des consommateurs vulnérables avec troubles alimentaires.

L'étendue actuelle des activités en ligne rend ces préoccupations de plus en plus importantes car c'est aussi par le biais d'internet que des comportements et attitudes risquées à l'égard de l'alimentation peuvent avoir des répercussions possibles sur le grand public. Visiblement, si les sites « pro-ana » s'inscrivent dans la cacophonie diététique contemporaine, c'est moins en tant que causes, qu'en tant que conséquences paradoxales. Eux aussi affichent une désapprobation patente pour la « malbouffe » et tous produits déséquilibrés sur le plan nutritionnel – et ce, malgré les pratiques affichées de leurs membres bien souvent éloignées des normes de santé. Leur position peut être interprétée comme une réaction excessive et contradictoire à l'hégémonie de l'industrie agro-alimentaire et aux discours officiels sur la santé publique. Certains utilisateurs visitent à la fois les sites « pro-ana » et les sites web officiels des programmes nutritionnels nationaux, dans le même but d'apprendre des faits nutritionnels et des techniques de perte

de poids (Wilson, Peebles et al 2006). La confusion est telle qu'il n'y a que très peu de preuves que l'impact des sites « pro-ana » et « pro-mia » sur les utilisateurs d'internet diffère de celui des sites web gérés par des professionnels de la santé (Harper, Sperry & Thompson 2008). La frontière entre les sites soi-disant « pro-troubles alimentaires » et d'autres sources d'information nutritionnelle devient ainsi floue, du moins dans cette perspective.

C'est dans ce contexte que l'influence sociale s'avère décisive pour apprivoiser cet éparpillement des messages et des savoirs alimentaires. Dans un contexte de recommandations cacophoniques généralisées, les consommateurs pourraient avoir du mal à interpréter les campagnes d'information publique tout autant que la communication d'entreprise ou celle des professionnels de la santé publique. On peut faire l'hypothèse que leurs propres connaissances et pratiques, formées au sein de leur entourage social et façonnées par les normes et les opinions de leurs proches, les aident à se repérer. Ainsi par exemple, un jeune prenant la plupart de ses repas en famille, a plus de chance de suivre la règle des « 5 fruits et légumes par jour », si ses parents s'y conforment aussi. Les habitudes de son cercle d'amis – par exemple, leur consommation de snacks, ou leurs soirées ensemble au restaurant – affecteront également sa perception et sa réaction aux messages reçus. Quand internet entre dans l'équation, les influences sociales se multiplient et s'emboîtent. Certains sites commerciaux ou pages sponsorisées sur les médias sociaux pourront proposer des régimes miracle—et ces messages auront d'autant plus de poids s'ils sont partagés ou « likés » par des proches ou des pairs. Mais par internet, ce jeune pourra également trouver des repères, que ce soit dans les échanges sur des blogs et forums de cuisine ou ceux... qui passent par les sites sur l'anorexie ou la boulimie. Il est alors important de regarder de plus près les liens interpersonnels des individus atteints de troubles alimentaires, et plus spécifiquement leurs relations

médiatisées par les technologies numériques, de sorte à voir plus précisément comment des conseils de santé souvent divergents sont effectivement appropriés par des groupes particuliers de mangeurs.

2.2.2. L'importance des sociabilités en ligne

Avec ces aspects en toile de fond, il faut maintenant prendre plus précisément en compte la sociabilité en ligne. La recherche a mis en cause l'idée reçue que les médias, la publicité et la mode seraient largement responsables de la pression socio-culturelle à la minceur, un effet qui s'exercerait particulièrement sur les femmes. Si cette perception a pu sensibiliser de nombreux acteurs de ces secteurs et conduire à des campagnes pour une utilisation plus responsable des images de mode et beauté (avec, par exemple, l'élaboration d'une charte d'engagement volontaire sur l'image du corps, et la formation d'un groupe de travail « Image du corps » en France en 2008 – voir § 7.4), les effets des contenus médiatiques sont inégaux et ne se traduisent pas systématiquement en des comportements pathologiques (Polivy & Herman 2004).

En effet, si tout le monde est exposé à ces images et contenus, seulement une partie relativement minoritaire développe des troubles alimentaires. La réponse de chacun semble passer par les contextes de la vie quotidienne et les relations avec autrui (Paquette & Raine 2004). Alors que les préoccupations des jeunes (surtout des filles adolescentes) au sujet de leur propre poids, du regard des autres, et de l'injonction perçue à la minceur sont significativement liées à des comportements de contrôle du poids (Mackey & La Greca 2007), les attentes de la famille et d'autres contacts sociaux peuvent dans certains contextes atténuer la pression des médias vers un idéal de minceur (Odoms-Young 2008). Ces résultats suggèrent l'importance de regarder de près l'environnement relationnel

d'une personne pour expliquer son rapport à l'image du corps et d'éventuelles conséquences comportementales.

Bien sûr, les années 2000 ont vu émerger le phénomène « pro-ana ». Mais elles ont aussi connu la superposition de « l'internet d'information » (c'est-à-dire l'univers d'usages numériques visant à trouver les renseignements nécessaires à nos activités quotidiennes : transports, consommation, actualités, etc.) et de « l'internet de communication » (nos pratiques numériques qui tournent autour du partage, de la sociabilité, de l'échange avec amis et inconnus) (Casilli 2010). Les allers-retours entre les comportements en ligne et les habitudes alimentaires doivent alors être étudiés en profondeur. Il s'agit d'identifier le type de liens que les personnes vivant avec des troubles alimentaires forment à la fois sur internet et en face-à-face, et comment ces liens façonnent les conduites nutritionnelles individuelles.

Les personnes souffrant de troubles alimentaires ont souvent été décrites comme socialement isolées (Fairburn, Welch et al 1997 ; Fairburn, Cooper et al 1999 ; Karwautz, Rabe-Hesketh et al 2001 ; Serpell, Treasure et al 1999 ; Serpell & Treasure 2002). Encore récemment, une revue de littérature médicale et psychiatrique confirmait l'association entre le manque de liens sociaux et l'apparition, et parfois la durée, de troubles de l'alimentation (Levine 2012). La raison principale est que les personnes concernées cherchent à cacher leur consommation alimentaire minime, leurs pratiques de purge, et l'ampleur de leurs fluctuations de poids, entravant ainsi la formation de relations de confiance et empêchant la recherche de soutien auprès de proches (Stice 2002). Si elles ne se sentent guère comprises par leur entourage, les personnes ayant des troubles alimentaires ne se rencontreraient pas non plus entre elles. La prévalence relativement faible des troubles alimentaires dans la population générale (voir § 2.1.1) fait en sorte qu'il est normalement très difficile de rencontrer un pair ayant les mêmes problèmes.

Ceci à une exception près : la rencontre dans un centre de soins spécialisés. Avant l'essor des technologies numériques, la possibilité de rencontrer des pairs et de créer quelque forme de communauté autour des troubles du comportement alimentaire était réservée aux seuls malades suffisamment graves pour être admis à l'hôpital. C'était dans le contexte clinique que des formes de solidarité, des liens affinitaires, et des échanges basés autour de pratiques communes se développaient sous le regard des professionnels de la santé.

Ce qui est arrivée tout au long de la première décennie du XXI^e siècle, et qui n'est qu'imparfaitement pris en compte dans la littérature scientifique sur la sociabilité des personnes vivant avec un trouble alimentaire, est que le web a changé la donne : il a créé un environnement où des sujets concernés par l'anorexie, la boulimie ou un autre trouble alimentaire peuvent interagir avec d'autres partageant la même condition, sur une échelle beaucoup plus grande que par le passé – mitigeant les effets de la distance géographique et les différences linguistiques et culturelles.

Cette transformation du contexte d'interaction entre pairs entraîne un changement visible dans la façon dont ces troubles sont vécus et interprétés. L'internet « d'information » crée des opportunités nouvelles d'accès à l'information médicale, sanitaire, et pratique. Mais surtout, l'internet « de communication » rend possible la socialisation entre pairs en dehors du contexte thérapeutique, incluant non seulement des personnes hospitalisées, sorties d'hôpital ou en voie de guérison, mais aussi celles qui n'en sont pas à ce stade : *celles dont les symptômes sont partiels, qui n'ont pas eu de diagnostic officiel*, ou qui sont dans la phase de déni de la maladie, une situation très fréquente au début de la « carrière » (Darmon 2003).

La littérature sur les échanges en ligne liés à la santé offre des repères pour comprendre les nouvelles opportunités d'accès à l'information. D'une manière générale, l'internet est

un lieu de partage, où les débats entre patients permettent une appropriation collective de l'information médicale et la constitution d'une forme d'expertise (Akrich & Méadel 2009a). L'effet des conseils de profanes sur les décisions et les actions liées à la santé serait de plus en plus important, notamment grâce à ces échanges en ligne (Provost, Perri et al 2003 ; Bromme, Jacks & Runde 2005 ; Broom 2005 ; Guise, Widdicombe & McKinlay 2007 ; Keelan, Pavri-Garcia et al 2007). En conséquence la relation médecin-patient se complexifie, avec plus de responsabilisation du patient, sans pour autant que le rôle et l'autorité du médecin soient mis systématiquement en cause (Akrich & Méadel 2009b). Ces considérations conduisent à se demander, dans le cas des troubles alimentaires et des sites « pro-ana », connus pour leurs propos parfois provocateurs, dans quelle mesure ces échanges d'information en ligne affectent les choix individuels en matière d'alimentation et santé, et si les comportements qui en résultent s'écartent des normes sanitaires reconnues.

Plus généralement, et au-delà des seules questions de santé, la compréhension des relations en ligne des personnes souffrant de troubles alimentaires et de leurs effets sur les interactions en face-à-face, doit s'inscrire dans les débats scientifiques sur l'impact de l'utilisation d'internet sur la connectivité sociale, la formation et le maintien des relations interpersonnelles. Bien que par le passé, certains chercheurs aient mis au jour une corrélation positive entre activité en ligne et perte des liens présents (Kraut, Patterson et al 1998), des travaux plus récents ont complètement renversé le consensus des sciences sociales autour de ce sujet. Il est aujourd'hui généralement admis que la sociabilité en ligne est un moyen non seulement de renforcer les relations sociales existantes, en combinant les modes d'interaction en ligne et en face-à-face, mais aussi de tisser des liens nouveaux qui sont parfois conservés exclusivement en ligne (Boase, Horrigan et al 2006 ; Kraut, Kiesler et al 2002 ; Zhao 2006 ; Golder, Wilkinson & Huberman 2007 ;

Valkenburg & Peter 2007). Ces liens s'ajoutent à ceux qui existent en face-à-face sans les remplacer, élargissant ainsi l'ensemble des contacts susceptibles d'offrir de l'aide, du conseil, ou du soutien en cas de besoin – ce que la littérature appelle parfois le « capital social » des individus (Ellison, Steinfield & Lampe 2007 ; Casilli, 2010).

2.3. Les réseaux sociaux, en ligne et en face-à-face

Aujourd'hui, la locution « réseaux sociaux » est devenue presque synonyme de « sociabilité en ligne » (ou plus précisément, de « plateformes numériques de réseautage »). La métaphore du réseau est bien présente dans le langage courant, désignant un ensemble de services faisant désormais partie du quotidien de tous : Facebook, Twitter ou Instagram par exemple. Mais aux oreilles du chercheur en sciences sociales, cette utilisation est réductrice. En fait, l'analyse des réseaux sociaux est une démarche désormais classique et bien antérieure à l'essor d'internet – ses origines remontent aux années 1930-1950, quand les chercheurs s'en servaient pour cartographier les interactions sociales au sein de classes d'école, familles ou villages (Moreno 1954 [1934] ; Bott 1957 ; Barnes 2013 [1954]). Toute relation humaine peut être conceptualisée en guise de réseau, c'est-à-dire une structure sociale d'individus (*nœuds*) et relations (*liens*) entre eux, admettant une représentation graphique simple où chaque nœud est un point, et chaque lien est une ligne connectant deux points. L'expression « réseau social » dénote alors le tissu d'interdépendances, de connexions, et d'interactions entre individus, dans lequel les trajectoires personnelles et les choix relationnels prennent sens. Cette perspective met l'accent sur les dépendances et les liens (le niveau que l'on peut appeler « méso-social »), et constitue en ce sens un départ des approches plus habituelles des sciences sociales, centrées sur l'analyse des caractéristiques individuelles (niveau micro-social) ou agrégées (niveau macro-social).

Les schémas en réseaux qui sont utilisés pour étudier ces interactions ont des propriétés (par exemple la forme, la taille, la densité) qui peuvent être observées, mesurées, et visualisées dans un *graphe social* (ou, selon une terminologie plus classique, « sociogramme »), permettant de caractériser de manière fine l'entourage et les relations qui le constituent (Degenne & Forsé 2004 ; Lazega 2014 ; Mercklé 2011). De ce point de vue, une plateforme de blogs, une application mobile de rencontres ou un média social, ne sont guère différents des premières descriptions de groupes humains sous forme de réseaux de relations qui remontent à plus de soixante ans : ils sont tous des réseaux sociaux, quoique cette fois-ci médiatisés par ordinateur et donc parfois qualifiés de « réseaux socio-numériques » (Coutant & Stenger 2010).

On distingue les réseaux « complets » et les réseaux « personnels ». Les premiers décrivent un contexte nettement délimité, où ils répertorient une relation très spécifique. Un exemple de réseau complet serait l'amitié entre élèves d'une classe d'école, qui exigerait de connaître, pour chaque élève, la liste de ses amis dans la classe, et permettrait ainsi de dessiner un graphe de liens croisés. Pour circonscrire ces réseaux, une collecte de données aussi exhaustive que possible est exigée. Un autre exemple, plus proche des usages d'internet, pourrait être les échanges sur Twitter utilisant un même hashtag—ou alors les discussions entre membres d'un forum sur les troubles alimentaires, ou encore l'ensemble des liens hypertextuels entre blogs partageant une même langue, audience et thématique (l'anorexie par exemple). Tous ces groupements relationnels peuvent être conceptualisés comme des réseaux complets. L'étude des réseaux complets est focalisée sur la *structure* : la densité des liens, l'existence de sous-groupes et de « ponts » éventuels entre eux, la présence de nœuds plus centraux, la distinction entre centre et périphérie. Ce type d'analyse a été utilisée, entre autre, pour saisir la circulation de ressources, d'information et de connaissances entre sous-groupes, ainsi que pour étudier la formation

et la mise en œuvre de normes par des individus très centraux à l'intérieur d'un contexte borné comme une entreprise (Lazega, Mounier et al 2012). Les données de réseaux complets ont en particulier permis une réflexion poussée sur l'influence des relations sociales sur les comportements, notamment chez les jeunes et les adolescents (une population fortement concernée par les troubles alimentaires, voir § 2.1.1). Des comportements à risque comme la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues pourraient se diffuser par le biais de relations, véhiculés par les réseaux (voir par exemple Ennett & Bauman 1993 ; Valente, Hoffman et al 2003 ; Kirke 2004 ; Audrey, Holliday & Campbell 2006 ; Fujimoto & Valente 2012). Même la corpulence pourrait, selon une littérature scientifique en plein essor, dépendre des structures des relations sociales : les corrélations observées entre les structures relationnelles et la « propagation » de l'obésité ou du moins du surpoids (Christakis & Fowler 2007) ont été globalement confirmées par de nombreuses études (Trogdon 2008 ; Valente, Fujimoto et al 2009 ; de la Haye, Robins et al 2010), malgré le scepticisme initial (Cohen-Cole & Fletcher 2008) et malgré la difficulté de caractériser les mécanismes de transmission interpersonnelle sous-jacents (Cunningham, Vaquera et al 2012). Si cette littérature a surtout considéré des contextes d'interaction en dehors d'internet, la diffusion massive des communications médiatisées par ordinateur impose la prise en compte des interactions en ligne comme des véhicules importants d'influence. Des chercheurs en considèrent les conséquences : par exemple Centola (2010) a étudié les dynamiques d'influence dans un forum orienté santé, concluant à l'importance des structures relationnelles (notamment la densité des sous-groupes dont un réseau se compose) dans la diffusion de comportements.

Par opposition aux réseaux « complets », les réseaux dits « personnels » répertorient l'ensemble des contacts (appelés par une convention désormais très répandue « *alter* ») qui constituent l'entourage social d'un individu (appelé « *ego* ») : il s'agira selon le cas

des amis, des membres de la famille, des connaissances, des *friends* de Facebook, des collègues, etc. En effet, dans cette perspective le regard du chercheur se focalise moins sur le contexte étudié (une entreprise, une école ou une plateforme numérique) que sur les caractéristiques de l'individu *ego* en question (ses contacts, ses modalités d'interaction, sa tendance à créer ou à briser des liens affinitaires). On précisera la *taille* du réseau, à savoir le nombre de contacts qui y sont répertoriés, tout autant que sa *composition*, c'est-à-dire les rôles sociaux des *alter* par rapport à *ego* : qui sont et que font ses partenaires, les membres de sa famille, ses amis, ses voisins, ses collègues de travail, ses camarades d'école, mais aussi – si l'on veut prendre en compte les interactions numériques – ses contacts sur Tinder, les personnes avec qui *ego* rédige une page Wikipédia, ses numéros favoris sur son téléphone mobile, etc. Ensuite, la *structure* du réseau est l'agencement des liens que les *alter* forment entre eux (est-ce que les amis d'*ego* sont amis entre eux ? est-ce que les personnes à qui *ego* envoie régulièrement des mails s'écrivent à leur tour ?) et parfois les cercles sociaux qu'ils partagent (l'école par exemple, ou le même forum en ligne). La dynamique d'un réseau personnel illustre la trajectoire de vie d'une personne et son intégration dans les contextes sociaux qu'elle traverse (Bidart, Degenne & Grossetti 2011). La reconstitution d'un réseau personnel permet de détecter les formes de contrôle social auxquelles *ego* est soumis, de répertorier les influences auxquelles il est exposé, de reconnaître les opportunités relationnelles qui s'ouvrent, par exemple, s'il agit en intermédiaire entre ses contacts (Burt 1992).

L'étude des réseaux personnels se prête à de nombreuses applications : comprendre comment nous tissons nos liens d'amitié (Bidart 1997), comment nous choisissons nos partenaires sexuels et nos confidents (Ferrand 2007), comment nous choisissons les invités à un mariage (Maillochon 2009). Quand la réflexion se porte sur le lien social sur internet, les réseaux personnels peuvent être utilisés pour comprendre les processus

d'apprentissage d'étudiants connectés (Dawson 2010), pour décrire comment des professionnels interagissent en ligne (Matzat & Snijders 2007), pour déchiffrer les modalités d'organisation d'événements via SMS (Prieur, Stoica & Smoreda 2009).

Un élément d'analyse additionnel dont il convient de tenir compte pour comprendre le contexte présent est la *multiplexité*, ou *polyvalence*, des réseaux personnels (Mesch & Talmud 2006), c'est-à-dire leur capacité à réunir des relations qui sont formées ou entretenues à la fois en ligne et en face-à-face. Malgré la prolifération toute récente d'études revendiquant une approche *big data*, qui se concentrent uniquement sur des réseaux de relations médiatisées par ordinateur (seulement les amis de Facebook, Bakshy, Rosenn et al 2012, ou les contacts sur Google Plus, Cruz-Gomez, Bothorel & Poulet 2013), l'étude des réseaux de communications numériques sous l'angle de la multiplexité est la manière la plus sérieuse de ne pas détacher les usages d'internet du quotidien des utilisateurs. Cette articulation est particulièrement importante dans l'étude des questions de santé pour appréhender la manière dont des interactions assistées par ordinateur se traduisent en des comportements concrets et des choix en matière d'alimentation, prise de médicaments, exercice physique.

Dans le domaine de la santé, déjà avant l'arrivée d'internet une riche littérature a montré l'articulation des réseaux personnels avec le développement de communautés de soutien. Une étude pionnière conduite dans les années 1970 dans la province d'Alameda, en Californie, avait prouvé pour la première fois que le risque de mortalité baisse lorsque le nombre de relations au sein d'un réseau personnel est plus élevé, à égalité d'autres conditions (Berkman & Syme 1979). Depuis, les chercheurs ont étendu ce résultat à un large éventail d'enjeux de santé, par exemple le stress (Thoits 1995), les troubles mentaux (Kawachi & Berkman 2001) et le vieillissement (Ashida & Heaney 2008). Les réseaux véhiculent du confort et de la compagnie, permettent la circulation de l'information et du

soutien affectif, et donnent accès à des ressources et des biens matériels (Berkman & Glass 2000).

Une question alors très importante est de savoir dans quelle mesure les réseaux socio-numériques permettent également d'assurer du soutien, et s'il s'agit de formes de soutien différentes de celles auxquelles on peut avoir accès dans des interactions présentiels. Il faut savoir, enfin, quelles en sont les conséquences sur la santé des usagers.

Au vu de ces considérations, une approche par les réseaux apparaît essentielle pour une exploration plus poussée des comportements alimentaires, ainsi que de leurs troubles – et sur le rôle qu'internet peut jouer dans ce contexte. Les usagers des sites web « pro-ana » sont particulièrement concernés, leur vie sociale étant menacée par les effets mêmes du trouble, et les relations en ligne représentant une opportunité importante de récupération de quelque forme de socialisation – ou, selon leurs détracteurs, un risque majeur de tomber victimes de formes d'influence sociale susceptibles de propager des comportements à risque.

En continuité avec les traditions de recherche qui se sont penchées, jusqu'ici, sur les réseaux sociaux et socio-numériques, le soutien social, et la sociabilité en ligne, il semble important *d'étudier la structure, la composition, et la fonction des réseaux sociaux multiplexes (en face-à-face et médiatisés par ordinateur) de personnes atteintes de troubles alimentaires*, ainsi que les effets éventuels sur leurs comportements alimentaires et leur état de santé.

2.4. Les limites des études existantes sur le « pro-ana »

Les études scientifiques qui jusqu'ici, ont porté spécifiquement sur le phénomène « pro-ana » sur internet, n'ont abordé qu'une toute petite partie des enjeux que nous venons de

soulever, et sont loin d'avoir apporté toutes les réponses aux questions posées. Parcourons maintenant cette littérature, afin de faire le point sur l'état actuel des connaissances en la matière et d'identifier les problèmes qui restent ouverts.

Les sites « pro-ana » ont attiré plus tardivement l'attention des chercheurs que celle des journalistes. Les premiers articles scientifiques ont été publiés seulement en 2003, alors que les articles de la presse généraliste remontent à 2001 (Casilli, Pailler & Tubaro 2012 ; voir aussi § 1). Les sciences humaines et sociales ont été les premières à s'y pencher, notamment avec des travaux d'études culturelles (Dias 2003 ; Ferreday 2003 ; Pollack 2003) qui, en continuité avec la tradition féministe, abordaient les troubles alimentaires dans une perspective de genre très critique à l'égard du pouvoir biomédical. Les publics « ana » et « mia » y apparaissaient comme exclusivement féminins, en quête d'un « repaire » en ligne (*sanctuary*), un lieu sûr où s'exprimer sans crainte d'être jugés. Selon ces auteurs encore très sensibles au discours des médias, la création d'un esprit de communauté en ligne serait passée par une contestation visible de l'hégémonie exercée par les professionnels de la santé sur les savoirs du corps. Les auteurs de ces sites étaient alors présentés comme membres d'un « mouvement », voire d'un groupe de défense d'une minorité en quête de reconnaissance. Cette perspective engendrait des rapprochements paradoxaux. Pour ces premières études, les personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires se trouvaient, dans le courant des luttes pour l'autodétermination, à rejoindre des positions antinomiques de refus des diktats de beauté imposés par la société patriarcale – alors que dans la vision courante, elles étaient inlassablement décrites comme des victimes et des zélotes de ces mêmes diktats de beauté.

Quoique cette approche ait été moins utilisée par la suite (voir toutefois Daniels 2009 ; Lelwica, Hoglund & McNallie 2009) et que son manque de base empirique ait été

critiqué dans le temps, ces premiers travaux ont constitué un socle initial pour la recherche. Par la suite, en sciences sociales, l'accent s'est progressivement déplacé vers une représentation plus diversifiée du phénomène, en tenant compte d'une multiplicité de facteurs aussi bien biologiques que socio-culturels (Fox, Ward & O'Rourke 2005 ; Mulveen & Hepworth 2006 ; Overbeke 2008 ; Ward 2007). Les sites web ont alors commencé à être décrits comme des construits sociaux issus de tensions entre acteurs divers, familles, médecins, usagers atteints de troubles (Giles 2006 ; Brotsky & Giles 2007). Leur caractérisation en tant que « mouvement » univoque a été questionnée (Hammersley & Treseder 2007 ; Gavin, Rodman & Poyer 2008).

Quand des sociologues ont interviewé les auteurs des sites et mené des observations participantes dans les forums de discussion, un tableau plus nuancé a pu se dessiner. Cette deuxième vague de chercheurs a plus ouvertement reconnu les risques potentiels pour la santé des participants, tout en soulignant les opportunités que les espaces numériques ouvrent autour des troubles alimentaires (Mulveen & Hepworth 2006 ; Juarascio, Shoaib & Timko 2010) notamment à des fins de socialisation (Yeshua-Katz & Martins 2013).

Un petit nombre de travaux ont pris en compte des enjeux éthiques et légaux (Regan Shade 2003 ; Martins 2005) en cherchant à démêler, dans un cadre législatif encore flou, la parole problématique des internautes et les garanties nécessaires de leurs droits individuels (liberté d'expression, liberté d'accès à des soins en ligne, autodétermination thérapeutique...). A côté de ces questions, une partie de la recherche en sciences humaines et sociales a exploré le rôle des sites web dans l'établissement d'un véritable « sens de la communauté » en ligne, suscitant un sentiment d'appartenance parmi les membres (Tierney 2006), et régi par des règles propres, potentiellement en décalage par rapport aux normes courantes (Yeshua-Katz 2015). Dans le temps et avec l'essor du web

2.0, une interprétation de sites « pro-ana » en termes d'interactions, de réseaux et de capital social a également émergé (Tierney 2008), accompagné par l'idée que les interactions personnelles en ligne et en face-à-face peuvent s'influencer mutuellement (Ransom, La Guardia et al 2010).

En revanche, la recherche médicale et psychologique a tardé à s'intéresser aux sites web centrés sur les troubles alimentaires. Avant 2005, les études cliniques n'étaient représentées que par trois articles courts, d'information plus que de recherche (Andrist 2003 ; Chesley, Alberts et al 2003 ; Davies & Lipsey 2003). Il s'agit de praticiens qui décrivent pour des collègues moins au fait des technologies numériques, les contenus et la teneur des échanges sur les sites de personnes atteintes de troubles alimentaires. Souvent ils se limitent à reprendre des éléments superficiels (slogans pouvant servir d'inspiration à la maigreur, conseils pour cacher les troubles à ses proches, « prières à Ana ») qui sont accessibles dans les premières pages des sites. Ces travaux ne cherchent pas à pénétrer les espaces de discussion, à analyser les conversations, ou à interviewer les contributeurs de ces sites pour connaître leurs motivations, leurs trajectoires et leurs attentes en termes de guérison.

Il faut attendre encore quelques années pour voir apparaître les premières études originales (Bardone-Cone & Cass 2006, 2007 ; Lyons, Mehl & Pennebaker 2006 ; Norris, Boydel et al. 2006 ; Wilson, Peebles et al 2006) qui commencent à se pencher sur les effets possibles de la fréquentation des sites ana et mia. Les méthodes sont surtout empruntées à la psychologie expérimentale : des mangeurs non nécessairement pathologiques (en général, des étudiants universitaires) répondent à des questionnaires sur leur image du corps et leur propension à la restriction alimentaire après avoir consultés des contenus en ligne jugés comme « pro ana ». Les limites d'une telle approche sont claires. La plus apparente est que le regard des chercheurs se porte non pas sur des

utilisateurs de sites « ana » ou « mia », mais sur une population générale de jeunes gens qui ne sont pas toujours concernés par les troubles de l'alimentation (Rodgers, Lowy et al 2016). C'est pour prendre en compte ces biais que ces études, tout en montrant les effets nocifs de l'exposition aux sites (Bardone-Cone & Cass 2006 ; 2007 ; Custers & van den Bulck 2009), introduisent aussi des nuances. Ce ne serait que la lecture *passive* de ces sites qui renforcerait les troubles, alors que la *participation active* dans les communautés atténuerait les effets nocifs et s'avèrerait même bénéfique (Csipke & Horne 2007).

Les traditions de recherche en sciences humaines et sociales d'un côté, et les sciences de la santé de l'autre adoptent des perspectives parfois discordantes mais restent en dialogue étroit entre elles, se citant réciproquement (Casilli, Tubaro & Araya 2012). L'image du phénomène « pro-ana » qui en résulte n'est pas univoque. Si les dangers sont clairs, dans de nombreux contextes les effets de l'utilisation des sites web sur les troubles alimentaires apparaissent atténués voire même renversés, avec des conséquences parfois nettement positives. Les attitudes des usagers se présentent comme très complexes, ne se réduisant guère à l'« apologie de l'anorexie » ni au rejet des institutions et des normes médicales ; il s'agit plutôt d'un mélange de postures à l'apparence souvent contradictoires. Les solutions d'autorégulation testées aux Pays-Bas (par exemple l'affichage de messages de mise en garde comme ceux de la page d'accueil de certains sites pour adultes), restent partielles dans la mesure où leur généralité n'est pas prouvée (Martijn, Smeets et al 2009).

Globalement, et au-delà des frontières disciplinaires, on constate que peu d'études sont fondées sur des bases empiriques importantes. Certaines sont purement théoriques (par exemple Groulez 2006 ; Pollack 2003 ; Tierney 2006, 2008), une catégorie qui inclut aussi les revues de littérature (Mulè & Sideli 2009 ; Overbeke 2008) et les méta-analyses (Rodgers, Lowy et al 2016). D'autres se fondent sur des analyses de contenu ou sur

l'observation passive des sites web considérés comme « discours naturels » (par exemple Borzekowski, Schenk et al 2010 ; Davies & Lipsey 2003 ; Giles 2006 ; Williams & Reid 2007 ; Williams et Riley 2013). Les méthodes de constitution de corpus de sites sur les troubles alimentaires restent élémentaires, le repérage s'effectuant parfois à l'aide de simples moteurs de recherche (Abbate Daga, Gramaglia et al 2006 ; Tom Tong, Heinemann-LaFave et al 2013), sans prendre en compte la manière dont le référencement et le nombre même des résultats peuvent changer selon l'historique de navigation, la ville, ou même l'heure de connexion. Très peu de chercheurs ont collecté activement leurs propres données au moyen de questionnaires, entretiens, ou méthodes expérimentales (une exception notable étant Peebles, Wilson et al 2012), et leurs études se sont généralement effectuées sur de petits échantillons ou sur des projets-pilotes à l'échelle très réduite (Bardone-Cone & Cass 2006, 2007 ; Csipke & Horne 2007 ; Custers & van den Bulck 2009 ; Peebles, Wilson et al 2008). Certaines de ces études sont réalisées en milieu thérapeutique, d'autres avec des sujets non-utilisateurs de sites web sur les troubles alimentaires à qui l'on montre des contenus « pro-ana » pour observer leurs réactions. L'emploi de techniques de fouille massive de données natives du web (*big data*) pour détecter des macro-tendances en est à ses balbutiements (Yom-Tov & Boyd 2014), contrairement à ce qui a pu se faire dans l'étude d'autres communautés du web liées à des questions de santé (voir § 2.2.2). Jusqu'ici donc, très peu de travaux sont disponibles sur les micro- et meso-niveaux du problème, à savoir, les personnes et leurs relations : les auteurs et utilisateurs réels, la manière dont ils se servent concrètement des contenus postés dans leurs pages, les liens et les interactions entre eux au jour le jour. L'absence de toute étude des réseaux sociaux de ces usagers du web est particulièrement remarquable.

On notera aussi la dominance d'études réalisées dans des pays anglo-saxons, avec un petit nombre de travaux sur l'Amérique Latine aussi bien lusophone qu'hispanophone (v. Alkmin Reis 2008 ; Amaral 2008 ; Campos Rodríguez 2006 ; Da Cunha Recuero 2005), alors que d'autres contextes nationaux et linguistiques, notamment la France, ont été moins étudiés (une exception étant Rodgers, Skowron & Chabrol 2012). Même si ces communautés peuvent être en contact et échanger les unes avec les autres en ligne, on peut raisonnablement penser que la plupart des interactions se font avec des personnes parlant la même langue et (dans une certaine mesure) vivant dans le même contexte géographique, institutionnel, sanitaire et socio-culturel ; il est donc possible que la structure, les contenus et les types d'interactions qui ont lieu dans le web francophone des personnes atteintes de troubles alimentaires se distinguent de ce qui a pu être observé dans d'autres pays.

On voit bien que l'ensemble des connaissances jusqu'ici acquises sur le phénomène « pro-ana », quoique grandissant, ne permet guère de tirer des conclusions définitives. Pour parvenir à une compréhension profonde des usages numériques associés aux pratiques alimentaires et de la santé, nous avons dû entreprendre d'autres travaux, portant sur la vie quotidienne et la sociabilité des personnes atteintes de troubles alimentaires. Il faut encore pouvoir mettre en relation ce qui se passe sur internet avec les interactions et relations en face-à-face. Aux réseaux sociaux des internautes utilisant des sites, blogs ou forums « pro-ana », et à leurs influences potentielles est consacré l'essentiel des pages qui suivent.

3. Etudier les communautés web francophones de personnes atteintes de troubles alimentaires

Le vécu des personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires s'inscrit dans un tissu collectif en même temps présentiel et médiatisé par les technologies numériques. D'où l'importance d'étudier les interactions des individus sur le web, les échanges d'information qui y ont lieu, et la formation de structures sociales « en réseau » qui organisent, filtrent et redirigent ces échanges. Les études scientifiques qui se sont penchées sur le « pro-ana » jusqu'ici n'ont fait que les premiers pas en direction d'une compréhension plus profonde, et d'une connaissance plus précise de ce phénomène complexe.

Pour combler ces lacunes, en France l'étude ANAMIA⁷ a abordé le phénomène de la présence en ligne des personnes concernées par les troubles alimentaires à la lumière des facteurs sociaux qui influent sur leur participation aux communautés « pro-ana » sur internet, et à leur manière de se servir de celles-ci pour faire face à leur condition. Au cœur de l'analyse figure le rôle joué, dans l'expérience des troubles de l'alimentation, par les réseaux sociaux en ligne et en face-à-face. Un objectif important a été d'éclairer la manière dont les usagers des sites web « ana » et « mia » créent du lien social par le biais des technologies de l'information et de la communication, afin de mieux gérer les défis liés à leurs troubles, auxquels ils font face au quotidien.

A cette fin, l'enquête ANAMIA a utilisé pour la première fois des méthodes avancées d'analyse des réseaux sociaux dans l'étude de cette partie d'internet, en en restituant une image riche et détaillée. Les données collectées dans ce cadre incluent une cartographie des sites web consacrés aux troubles alimentaires, des questionnaires en ligne remplis par

⁷ Voir Préface, note de bas de page n. 1.

des utilisateurs de sites « ana » et « mia », ainsi que des entretiens en profondeur d'un sous-ensemble de ces participants. Ce qui suit présente les traits principaux de la démarche entreprise dans ce projet, et donne un premier aperçu des données qu'il a permis de collecter.

3.1. Une démarche transdisciplinaire et multi-méthodes

Une tendance récente en sciences sociales est d'adopter des *méthodologies mixtes* quantitatives (questionnaires auto-administrés, collecte et analyse de données natives du web, analyse des réseaux sociaux, modélisations statistiques, simulations informatiques à base d'agents) et qualitatives (entretiens semi-directifs, analyse des contenus des sites web). La démarche méthodologique de notre enquête a articulé ces différents éléments dans une logique d'ensemble cohérente, dite « ethno-computationnelle » et illustrée dans la Figure 1. Une étude de ce type se compose d'un volet empirique (collecte de données) et d'un volet de modélisation assistée par ordinateur (analyse des données).

Le volet de gauche (A) représente la démarche classique de terrain d'enquête sociologique : le chercheur identifie un objet, ou *processus social* d'intérêt, formule des *hypothèses* sur son fonctionnement, et *collecte des données* empiriques, afin de faire apparaître des éléments de *théorie*. Le parcours à travers ces différentes phases est représenté par les lignes continues. La phase théorique (B) peut suggérer la nécessité de revenir sur le terrain et éventuellement de revoir les hypothèses, dans une série d'aller-retours (lignes en pointillé) visant à affiner progressivement l'analyse. Le volet de droite représente la *modélisation* statistique et/ou informatique, qui se nourrit de théorie ; après conception et mise en œuvre du modèle, qui peut inclure des *tests* techniques et de cohérence logique, des *résultats* sont produits, qui conduisent à re-évaluer la théorie. Les deux volets sont reliés entre eux (C), l'un participant à l'amélioration de l'autre,

concourant ainsi à construire une théorie globalement plus solide. Notons que l’articulation se fait par la théorie, qui alimente les différentes parties empiriques à différents stades d’élaboration de la recherche, et en est à son tour façonnée.

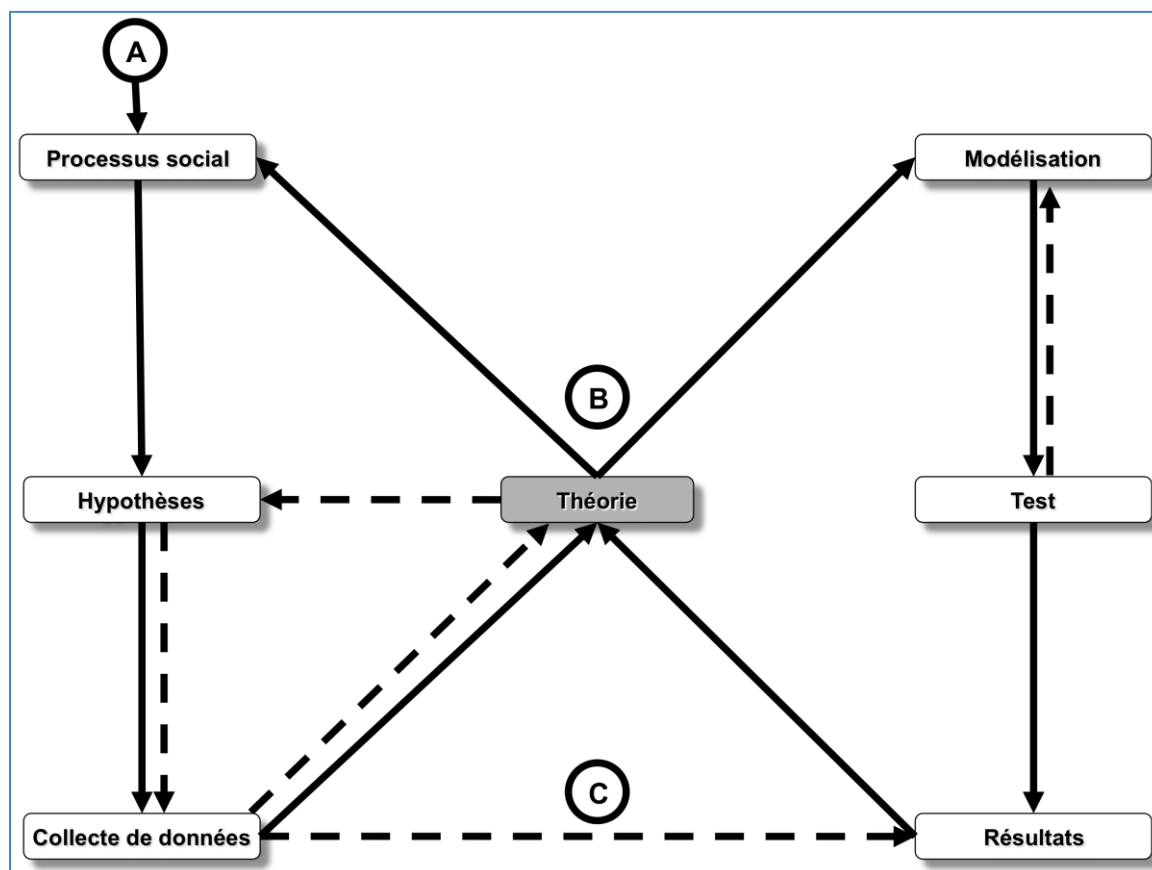


Figure 1 - L'enchaînement des phases dans la démarche ethno-computationnelle⁸. Volet gauche : enquête, volet droit : modélisation. Le point de départ est un processus social cible (A), le résultat à la fois intermédiaire et final est la production d'un cadre théorique (B). L’articulation de la démarche de terrain ethnographique et de la modélisation statistique et/ou informatique enrichit les deux parties en même temps (C), améliorant la qualité des résultats. Source : adapté de Tubaro & Casilli (2010).

Pour notre étude sur le « pro-ana », l’analyse s’est nourrie de trois types de données empiriques : une *cartographie* de la webosphère ana-mia francophone, réalisée en mars 2010 et répliquée en mars 2012 et en mars 2014 (la dernière collecte ayant été réalisée en dehors du projet ANAMIA) ; un *questionnaire auto-administré en ligne*, diffusé entre

⁸ La démarche ethno-computationnelle avait été initialement conçue pour la seule modélisation informatique multi-agents (Tubaro & Casilli 2010), dans le but d’en développer l’articulation avec une démarche ethnographique de terrain. Elle est étendue ici à toute forme de modélisation (y compris statistique), dans la mesure où elle peut se nourrir de données de terrain, alimentant la théorie.

mars et septembre 2011 en version française ; des *entretiens semi-directifs* avec un sous-échantillon des répondants, réalisés entre avril et octobre 2011. Les trois bases de données incluent des informations sur les réseaux sociaux des individus. Nous présentons plus loin un aperçu de ces données ainsi que des détails additionnels sur les méthodes utilisées pour leur collecte et analyse⁹.

3.2. Structure et usages du web des troubles alimentaires¹⁰

En suivant une pratique bien établie dans la littérature (voir § 2.4), une première étape consistait en l'observation passive des sites web concernés – nécessaire avant d'entrer en contact avec leurs auteurs, lecteurs et utilisateurs. Il s'agissait de dresser une typologie des contenus, d'estimer la taille de la sphère des sites consacrés aux troubles alimentaires sur le web francophone, et de reconstituer sa structure interne.

A cette fin, il a été constitué un corpus de données natives du web, extraites par une méthode de fouille (*data mining*) combinée avec une démarche ethnographique d'observation et lecture de contenus, à l'aide de NaviCrawler (un outil de collecte de données en ligne) et Gephi (un logiciel spécialisé dans les analyses exploratoires et la visualisation de données). Bien que ces instruments ne puissent pas fournir une représentation exhaustive du phénomène étudié, ils rendent tout de même perceptibles des caractéristiques importantes de ce « web invisible », et accompagnent l'effort de le documenter. Ces méthodes permettent d'explorer les blogs, forums et sites statiques, mais pas les contenus « ana » et « mia » hébergés par les plateformes sociales telles Twitter, Instagram ou Facebook. Cette limitation est toutefois peu gênante dans la mesure où ces

⁹ L'étude ANAMIA ciblait non seulement la France mais aussi le Royaume-Uni. Ainsi, la collecte des données a concerné également le web anglophone sur les troubles alimentaires ; le questionnaire a été distribué aussi en version anglaise, et des entretiens avec des répondants résidant au Royaume-Uni ont été menés en 2011-12. Nous n'utilisons pas ici ces données ; voir pour plus de détail sur le volet britannique Casilli, Mounier et al (2013).

¹⁰ Cette section a été rédigée avec la collaboration de Fred Pailler (Université de Nantes).

plateformes sont très vigilantes et opèrent un filtrage assez capillaire des pages, des messages et des groupes « pro-ana ». Il s'agit d'une forme de censure qui se traduit en des biais potentiellement très importants lors de la collecte des données, et peut rendre difficile l'évaluation des transformations successives de ces pages.

Dans les deux sous-sections qui suivent, nous résumons ces éléments descriptifs incontournables, en commençant par le niveau micro (les contenus des sites individuels et les traces d'usages personnels et concrets que l'on y trouve) et en nous déplaçant ensuite au niveau macro (la structure du web des troubles alimentaires dans son ensemble).

3.2.1. Une typologie des contenus des sites

A côté de sites « répertoires » qui archivent et diffusent des informations générales, et de forums de discussion en ligne, la plupart du web « ana » et « mia » consiste en des « pages persos » et des blogs, centrés sur le vécu et les trajectoires de leurs auteurs. Des contenus typiques peuvent être identifiés : récits autobiographiques, conseils pour maigrir, images susceptibles d'encourager la minceur (*thinspiration*), ruses pour cacher ses pratiques aux proches, liens vers des fournisseurs de produits ou services de santé spécialisés (équipements sportifs, compléments alimentaires et suppléments nutritionnels, etc.).

Les images sont particulièrement parlantes, qu'elles aient été détournées de la presse généraliste et des répertoires de clichés sur internet, ou autoproduites par les usagers se prenant en photo avec leurs smartphones. On y voit des représentations de corps filiformes, de portraits de jeunes femmes et hommes témoignant de leurs attitudes contradictoires face à leur état d'amaigrissement, vécu autant comme une aggravation de leur état de santé que comme un « progrès » dans leur quête d'une perfection physique inatteignable. Ces sites proposent alors une surenchère de geste répétés, codifiés :

l'exposition de ventres creux et d'épaules de plus en plus grêles, des mains qui soulèvent des t-shirts pour montrer des côtes en relief et des hanches « en porte manteau », des postures assises de dos ou allongées en boule sur le côté. Quoique souvent statiques, ces représentations corporelles parviennent à transmettre des formes de dynamisme par la comparaison d'images prises à différents moments de la trajectoire, ou « carrière » (Darmon 2003) des individus atteints de troubles alimentaires – qu'il s'agisse d'une progression dans le trouble ou dans la guérison.

Les images témoignent d'un effort important de mise en scène de soi, même lorsqu'il ne s'agit pas toujours de son propre corps, mais de réutilisation de clichés existants qui représentent un idéal : les détails sont minutieusement soignés, les contenance codifiées à l'extrême, le cadrage ajusté pour valoriser certaines parties du corps (bras, hanches, côtes). Entre photo-retouches et montages, l'image que l'internaute donne à voir se projette dans un avenir de perfection (les modèles de beauté incarnés par les mannequins) ou bien se fige dans un présent fait d'efforts et de sacrifices (le corps jamais satisfaisant, toujours en transition de la personne atteinte de troubles alimentaires) mettant en scène un corps « en puissance » (Casilli 2013).

Les textes consistent principalement en des récits de vie et des témoignages personnels, qui prennent fréquemment la forme d'un journal intime – pourtant non secret, mais partagé avec des lecteurs et des commentateurs. Les billets de blog sont souvent accompagnés de réponses ou de messages, exprimant généralement du soutien et de la sympathie. On y trouve aussi des messages critiques voire ouvertement hostiles ou anti-« pro-ana » (que les auteurs de blogs reçoivent souvent, mais ne rendent pas toujours publics). Quoique centrés sur l'expérience de la personne, ces écrits ne prennent sens qu'au sein de la communauté qui les lit, y répond, parfois les critique. Il ne s'agit donc

pas d'une démarche isolée, mais, là aussi, d'un type de partage de l'information et de mise en scène de soi qui constitue un mode d'interaction avec autrui.

Mais les échanges d'information prennent aussi d'autres formes. En effet le web « pro-ana » accueille une grande variété de sites et de blogs, où l'on trouve parfois des résumés et même des *commentaires d'articles scientifiques*, avec les liens à ceux-ci. Notons qu'il s'agit parfois de sites français qui recensent des articles en anglais, la langue la plus utilisée dans la communication scientifique internationale, pour en mettre le contenu à disposition de leurs lecteurs – témoignant ainsi d'un effort de documentation non pas pour soi-même, mais pour partager l'information dans la communauté. L'information circule aussi par les cycles de questions-réponses, notamment dans les forums de discussion consacrés aux troubles des conduites alimentaires. Ceux-ci offrent des opportunités importantes de se renseigner, de rechercher du confort, du soutien et de l'encouragement par les pairs. Il s'agit d'environnements souvent contrôlés et modérés qui n'autorisent pas toujours des contenus extrêmes, interdisant notamment tout ce qui prônerait explicitement la restriction alimentaire extrême ou la purge ; mais ils offrent des espaces d'échange et de discussion ouverts à tous dans la communauté.

Des textes plus controversés sont les messages que certains de ces internautes « échangent » avec Ana et Mia, personnifications de l'anorexie et de la boulimie mentale, élevées parfois au rang de « fées » ou « déesses ». Il existe même des poèmes, des chansons et des « prières » à Ana et Mia, généralement importées de sites en langue anglaise, avec ou sans traduction française. Ils remontent pour la plupart à la période d'essor des sites « pro-ana » aux Etats-Unis vers le début des années 2000, et depuis, ils ont souvent circulé tels quels. Leur diffusion est la preuve d'une connectivité générale de la communauté, même au-delà des frontières linguistiques et nationales au sein desquelles ont lieu la plupart des échanges. Ces textes ont parfois été utilisés par des

politiciens et des journalistes pour assimiler superficiellement le « pro-ana » à un milieu clos autour de prescriptions quasi-religieuses. Mais il n'en est rien, et même une lecture sommaire de ces « prières » révèle que leur fonction au sein de la communauté d'internet est moins de créer un esprit de secte, que d'exprimer la détresse et les contradictions propres au trouble alimentaire à travers des créations littéraires qui, en personnalisant « ana » et « mia », les mettent à distance, leur donnent un visage et, comble du paradoxe, permettent à un certain degré aux personnes souffrantes de les apprivoiser.

On trouve également dans ces sites des « stats » (statistiques) individuelles (taille, poids maximal, poids minimal, poids visé), régulièrement mises à jour, et des carnets alimentaires, répertoriant quotidiennement les moindres calories ingérées. Encore une fois, il ne s'agit pas simplement de données individuelles, car ces mesures et ces carnets ne prennent leur signification que quand ils sont publiés en ligne, pour que d'autres puissent proposer par exemple une relance (encore moins de calories par jour, ou prolongement de la restriction pendant plus de jours). La performance, la mise en scène de soi prennent alors des allures d'exploit sportif, de recherche du record dans une catégorie définie d'activités physiques. La collectivité exerce une forme de contrôle et de validation des déclarations performatives (avoir ou ne pas avoir vraisemblablement absorbé des aliments) des contributeurs de sites « pro-ana » – validation qui vise autant à vérifier l'authenticité des déclarations, qu'à empêcher que l'escalade dans la confrontation n'aboutisse à une issue fatale, qu'à attester finalement d'un certain capital social de reconnaissance des contributeurs au sein de la communauté (Casilli 2013).

Certains de ces sites web sont d'accès difficile. Pour contourner toute censure réelle ou potentielle, certains affichent des messages de mise en garde à l'entrée, comme ceux qui sont utilisés pour les sites sensibles et le contrôle parental. Parfois, une inscription avec protection par mot de passe est requise. D'autres sites cherchent à déguiser leurs

contenus, en évitant par exemple d'utiliser des mots-clés que les moteurs de recherche associeraient automatiquement aux troubles alimentaires. Quelques-uns vont plus loin et cachent leur identité et se présentant, par exemple, comme des sites pour adultes, afin de détourner l'attention. Quoique ces solutions restent encore relativement rares, leur diffusion est en hausse.

3.2.2.Par-delà les contenus : cartographier le web

Dans l'ensemble, il a été possible de répertorier entre 557 et 667 sites sur les troubles alimentaires dans le web français, entre 2010 et 2014¹¹. Dans le temps, la taille de cette portion d'internet ne s'est éloignée guère de cet ordre de grandeur ; elle n'a augmenté que légèrement jusqu'en 2014, un résultat qui indique que toute préoccupation d'une « prolifération » des sites est infondée. La durée de vie des sites est pourtant assez faible. Seulement 20% des sites observés ont survécu de 2010 à 2014, le taux de renouvellement étant d'environ 50% entre 2010 et 2012, et de 60% entre 2012 et 2014. Cela veut dire que chaque année, maints sites disparaissent ou cessent d'être mis à jour, mais ils sont aussitôt remplacés par de nouveaux sites. Cela est dû en partie aux circonstances de vie personnelle des auteurs et usagers (en relation à l'âge, la progression dans le trouble ou vers la guérison etc.), en partie aux effets de la censure (même lorsqu'elle est seulement menacée) qui conduisent une partie de cette population à se cacher en permanence.

Les sites web répertoriés forment un espace entrelacé, notamment grâce aux liens hypertextuels qui les relient les uns aux autres. On peut « cartographier » cet espace à l'aide d'une technique de visualisation des données très utilisée en analyse des réseaux sociaux, dans laquelle les nœuds représentent des pages web (les sites, forums et blogs

¹¹ Le nombre de sites répertoriés s'élève à 557 en 2010, 610 en 2012, et 667 en 2014. Il s'agit d'une estimation minimale de la taille de la communauté, car elle inclut des sites statiques, des blogs et des forums de discussion, excluant les groupes dans les services de réseautage (Facebook, Instagram, etc.).

référencés comme portant sur des troubles alimentaires et gérés par des personnes concernées par l'anorexie ou la boulimie) et les traits les liens hypertextuels entre elles. La cartographie, ici présentée comme un réseau complet (voir § 2.3), offre une image globale des schémas de communication pour cette portion d'internet, et indique la manière dont il est possible d'y naviguer. Elle présente l'ensemble des chemins qu'un internaute peut suivre pour découvrir des contenus associés aux troubles alimentaires.

La Figure 2 fournit un instantané de la portion française du web des troubles alimentaires à trois moments distincts dans le temps, mars 2010, mars 2012 et mars 2014.

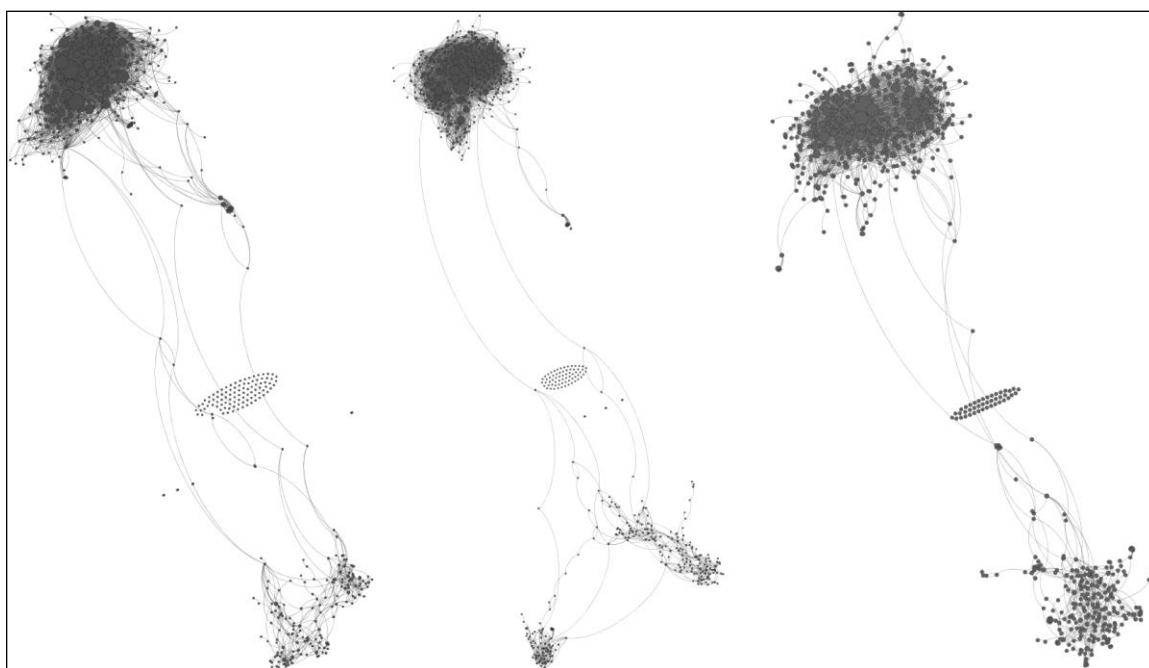


Figure 2 - : Cartographie du réseau francophone des sites « pro-ana » (2010, 2012, 2014). Les nœuds représentent les sites, et les lignes représentent les liens hypertextuels. La taille des nœuds/sites est fonction du nombre de liens hypertextuels entrants. Source : élaboration des auteurs sur données ANAMIA.

Ce réseau ne relie pas seulement des contenus, mais aussi des individus, et il n'est pas seulement technique, mais aussi social. Il émerge du choix des auteurs des blogs et des sites de créer des liens et de les afficher (souvent, sur la page d'accueil de leur site, à un

endroit bien visible comme par exemple une barre latérale), afin d'orienter la navigation ultérieure de leurs lecteurs et visiteurs. C'est le choix de se présenter comme étant part d'une communauté, de définir son identité sur la base (entre autre) de blogs d'autres personnes, que l'on ressent comme proches, pertinents, ou intéressants. La structure de réseau qui en résulte est l'empreinte numérique, minimale mais observable et mesurable, de l'ensemble de ces choix en termes de relations et de structuration de l'identité de chaque individu, et du vécu qui les accompagne. C'est pour cette raison qu'il est intéressant d'en étudier les caractéristiques.

Au fil des années, ce réseau continue d'afficher un trait distinctif : une faible densité, celle-ci équivalant au nombre de liens observés par rapport au nombre de liens potentiels. C'est une caractéristique usuelle des grands réseaux sociaux, surtout ceux du web : globalement, ils sont tissés de façon clairsemée. Toutefois en regardant de plus près, on observe des sous-ensembles au tissu beaucoup plus serré, avec une densité élevée à l'intérieur de chacun, et peu de liens entre l'un et l'autre. On distingue en effet, selon les années, entre deux et trois pôles majeurs, placés respectivement en haut et en bas des graphes.

Ces sous-ensembles correspondent à des plateformes de blogs bien connues. Au sein de chacun, les plus petits blogs s'assemblent en grappes autour de quelques *hubs*, des sites web individuels représentés par des nœuds de plus grande taille sur les graphes et dont la particularité réside dans le fait qu'ils listent et dirigent vers les plus petits blogs. Ces *hubs* sont principalement des sites « répertoires ». Au travers de leur grand nombre de liens, ils recueillent, organisent et rediffusent les ressources informationnelles. De tels répertoires sont plus souvent présents dans le sous-groupe le plus grand.

La structure du réseau des sites aide à expliquer les facteurs qui assurent la résilience de la communauté, notée plus haut : en effet, elle est inégalement distribuée et est organisée

essentiellement autour d'un « noyau » de blogs relativement persistants, mieux connectés et plus centraux dans la structure de liens. La « périphérie », quant à elle, est composée des blogs plus éphémères. Une lecture des contenus montre que les blogs composant le noyau ne déguisent pas leurs messages : ils utilisent des intitulés ayant explicitement trait aux troubles des conduites alimentaires, des expressions propres à la communauté anamnia ou bien le terme même « anorexie ». Leur survie n'est donc pas due à des stratégies de gestion de contenus (par exemple, éviter l'emploi de mots-clés proscrits par les plateformes), mais dépend de la structure même du réseau, où la fonction de la périphérie est, en un certain sens, de protéger le noyau, avec un enchevêtrement de liens locaux (Casilli, Pailler & Tubaro 2012 ; 2013).

Les nœuds qui sont pour ainsi dire sur les bords, se trouvent dans une situation de plus grande précarité car moins bien connectés au centre du réseau, et du coup plus difficiles à atteindre : en effet, moins de liens les ciblent. On constate une hausse dans le temps du nombre maximum de liens hypertextes sur lesquels les utilisateurs doivent cliquer pour atteindre l'un de ces sites web à l'extrême périphérie du réseau depuis n'importe quel autre site web. Ces sites sont moins bien intégrés et accèdent à moins d'information et ressources par leurs contacts.

Le nombre de liens servant de « pont » entre les différents sous-groupes qui composent le réseau est faible, ce qui correspond à un plus grand risque que le réseau se scinde en des morceaux complètement distincts. Il suffirait simplement que ces quelques liens faisant office de pont se rompent, ou que les sites web (également peu nombreux) qui assurent l'interconnexion ferment. Cela impliquerait une perte de la capacité du réseau à canaliser les communications entre ses différentes parties, un résultat dont les conséquences pourraient être préoccupantes : ce ne seraient pas seulement des contenus « pro-anorexie » controversés qui cesseraient d'être véhiculés, mais aussi de l'information

médicale, et des renseignements sur la prise en charge et l'accès aux soins, cruciaux pour le bien-être de la population concernée.

3.2.3. Pourquoi la censure des sites web « pro-ana » est une mauvaise idée

Les considérations qui précèdent suffisent à avancer l'un des premiers (et des plus surprenants) résultats issus de cette nouvelle approche du phénomène « pro-ana » : la structure même de cette cartographie du web des troubles alimentaires montre que toute tentative de censure s'avèrerait inefficace et nuisible (Casilli, Pailler & Tubaro 2013).

Durant les dix dernières années, les régulateurs et les fournisseurs de services (autant les FAI que les propriétaires des plateformes en ligne) ont exercé une forte pression sur les communautés web accusées de faire l'apologie de l'anorexie mentale. Les blogs, sites web et groupes de discussion « pro-ana » ne disparaissent pas pour autant. De premier abord, cette difficulté à mettre en place une politique publique de censure semblerait relever de l'« effet Streisand »¹², une dynamique assez classique des réseaux d'Internet : lorsque l'on exerce une action répressive sur un type d'images ou de textes controversés, ceux-ci se déplacent et réapparaissent plus loin sur d'autres services.

Mais l'analyse cartographique permet d'aller un peu plus loin, montrant que les raisons de l'inefficacité de ces mesures de censure résident dans la structure même des communautés en ligne. Au vu des chiffres à notre disposition, nous l'avons constaté d'entrée, la taille de ces communautés n'a pas diminué dans le temps, en dépit de toutes les pressions pour les bannir ou les entraver. Si les sites web « ana » et « mia » continuent d'exister, c'est parce qu'ils se renouvellent. Ce faisant, ces communautés se réorganisent

¹² Cette expression est en usage depuis un épisode relayé en 2003, selon lequel l'actrice Barbra Streisand, voulant empêcher la diffusion de photographies de sa maison, aurait cité en justice leur auteur et demandé qu'elles soient retirées de son site web, aboutissant pourtant à une augmentation du trafic dudit site et à la propagation massive des photos, répliquées sur d'autres plateformes.

pour devenir impénétrables. En effet, des noyaux de sites pivots se mettent en place, permettant à la fois de faire circuler l'information et de favoriser le développement d'un entre-soi en jouant un rôle de filtre (*gatekeeper*). Autour de ce noyau, la couche de sites périphériques qui se dispose fournit une protection, en forme d'un enchevêtrement de liens locaux (Figure 3).

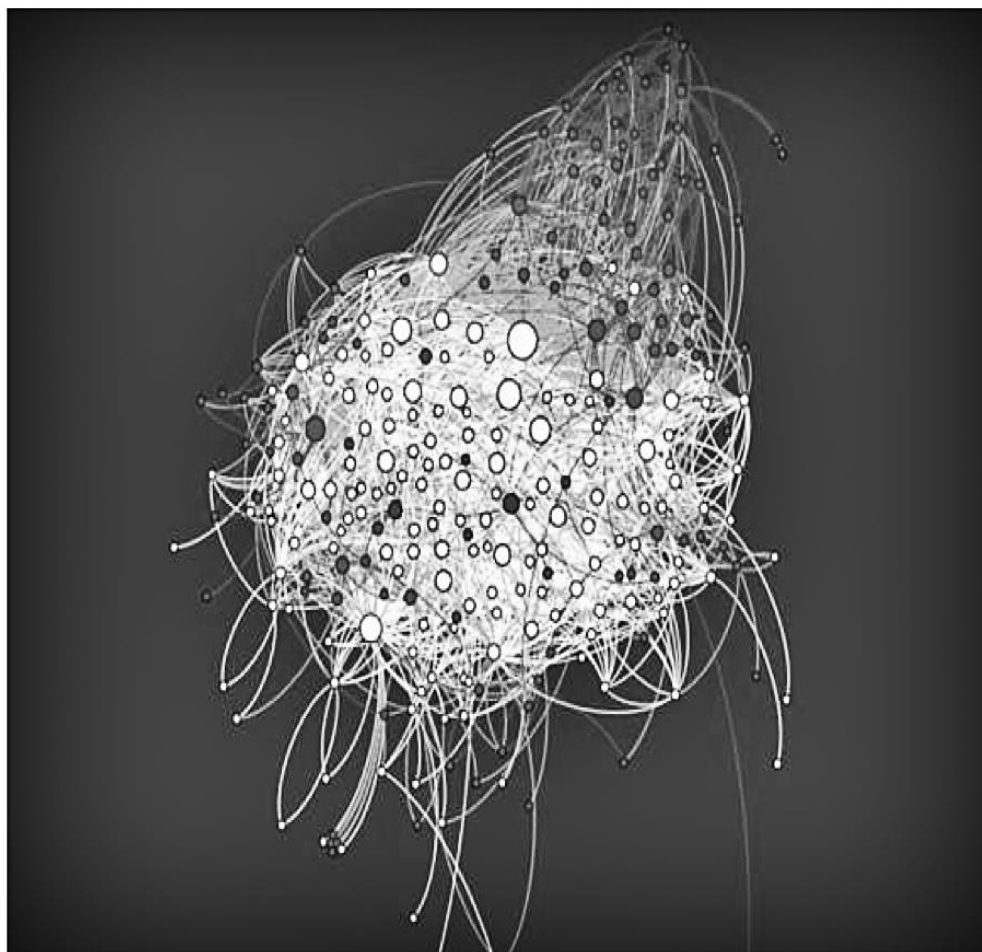


Figure 3 - Noyau et périphérie dans le web des troubles alimentaires français. Gros plan sur un cluster du graphe en 2012. Les nœuds représentent les sites et les traits représentent les liens hypertextuels entre eux. Les nœuds clairs constituent le « noyau » (sites ayant survécu depuis 2010), les nœuds foncés représentent la périphérie (les nouveaux arrivés). La taille des nœuds est proportionnelle au nombre de leurs liens hypertextuels. Source : élaboration des auteurs sur données ANAMIA.

Face à ces constats, il apparaît clairement que les mesures répressives sont non seulement inefficaces, mais peuvent avoir des effets pervers. Le filtrage et la censure du web des troubles alimentaires pour éliminer les sites accusés de faire de l'apologie de l'anorexie

ont pour conséquence paradoxale d'encourager davantage les échanges entre ceux qui souffrent de troubles de l'alimentation en les concentrant autour du noyau dur de sites qui ne se renouvellent pas. Les internautes atteints de troubles alimentaires échangent alors des messages, des liens et des images entre eux, en excluant les autres sources, et ce, d'ailleurs, que la censure soit effective ou seulement agitée comme une menace. Cette issue ne se produit qu'en coupant ces usagers du contact avec des sources informationnelles extérieures émanant de l'information médicale officielle.

À cause de ce repli défensif, les professionnels de santé opérant dans le cadre d'une campagne d'information et de prévention sur les risques de l'amaigrissement extrême auraient à déployer de plus grands efforts pour atteindre les contributeurs de ces sites web. Au final, la censure empêche les acteurs mêmes de l'information et de la prévention en santé de faire entendre leurs voix et écarte les usagers « pro-ana » des contextes de prise en charge et de suivi médical - ce qui revient à introduire une forme d'exclusion du droit d'accès aux soins (Casilli, Paillet & Tubaro 2012).

Notre analyse préliminaire du réseau des sites web de personnes vivant avec les troubles alimentaires sert alors à évaluer les effets anticipés des mesures répressives. Tout en confirmant que la répression est infructueuse parce qu'elle déplace les sites mais ne les détruit pas, cette approche structurale souligne un autre aspect important des dynamiques de cette communauté : se sentant menacés, les auteurs des sites tendraient à se cacher¹³. Et si les sites rentrent en clandestinité, ils deviennent plus difficilement joignables : il deviendrait alors plus difficile de mener des campagnes de santé, d'information médicale ou alimentaire, ciblant cette population en situation de grand besoin. Ces personnes finiraient par se replier sur elles-mêmes et leur petit univers en ligne, de plus en plus

¹³ Ce point avait été déjà mis en avant par le chercheur David Clinton de l'Institut Karolinska de Stockholm en Suède, dans un débat lors du colloque 2011 de la ECED (European Council of Eating Disorders), remportant la conviction des participants (<http://www.oeges.or.at/eced05/previous.html>).

imperméables à des influences externes – notamment de la part des professionnels de santé et des associations d’entraide.

3.3. Zoom sur les utilisateurs en France

Dans le cadre du projet ANAMIA, après la réalisation de la cartographie, un questionnaire web a été créé et diffusé en 2011-12. 136 réponses à l’enquête française ont permis de collecter des informations très précieuses pour une meilleure connaissance des conditions de vie, des relations sociales et de l’usage d’Internet et des réseaux en ligne, des personnes ayant des troubles alimentaires. Cette section offre un aperçu de qui sont les répondants. Nous allons ensuite regarder de plus près leurs relations sociales, usages d’internet et conditions de santé (voir § 4, 5 et 6).

Les participants à l’enquête française sont principalement (96%) des femmes – un résultat attendu sur la base des connaissances existantes, malgré une proportion croissante d’hommes touchés (voir § 2.1.1). En moyenne, les répondants ont un peu plus de 21 ans, avec 50% des participants ayant entre 19 et 23 ans. Parmi les autres, un groupe assez large (22%) a entre 16 et 18 ans (pour des raisons éthiques et légales, il n’a pas été possible de collecter des informations auprès de personnes âgées de moins de 16 ans, même s’il est connu que les troubles alimentaires apparaissent dès l’adolescence). En revanche, 28% des participants a 24 ans et plus, avec un petit nombre de participants considérablement plus âgés (jusqu’à la quarantaine), témoignant d’une diffusion, ou persistance, de troubles à l’âge adulte, observée également par les chercheurs en sciences de la santé (Roux, Chapelon & Godart 2013).

Un quart des participants réside en Ile-de-France, où habite environ 19% de la population de la France métropolitaine selon les données de l'INSEE¹⁴. Les autres résident principalement dans d'autres régions françaises, avec un tout petit nombre provenant d'autres pays (essentiellement des français temporairement à l'étranger pour des raisons d'étude ou travail). La moitié habite avec leurs parents ; un tiers occupe des logements indépendants en location ou colocation, tandis que d'autres solutions, comme la résidence universitaire ou l'hébergement auprès d'amis, sont plus rares.

Moins de 40% des participants ont un partenaire stable, environ 45% n'ont pas de partenaire, les autres ayant des situations mixtes (partenaire occasionnel, partenaires multiples). Peu d'entre eux vivent en couple, et très rares sont ceux qui ont des enfants.

Les participants à l'enquête étaient interrogés sur leur revenu personnel et leur profession, mais leur relativement jeune âge et le fait que seulement 34% d'entre eux travaillent (les autres étant étudiants sans activité professionnelle, 50%, et inactifs, 16%), ne permet guère d'utiliser cette information pour repérer leur origine sociale. Celle-ci est plus clairement révélée par la profession de leurs parents, représentée dans le Tableau 2.

Catégorie socioprofessionnelle	Père (enquête ANAMIA)	Mère (enquête ANAMIA)	Population française de 15 ans ou plus (hommes)	Population française de 15 ans ou plus (femmes)
Agriculteur	1,5	1	1,5 (+1,6)	0,5 (+1,6)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	7	4,5	5,2 (+2,8)	1,8 (+1,9)
Cadre supérieur, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	39,5	24	11,9 (+4,6)	7,3 (+2,1)
Profession intermédiaire, technicien	16	16	13,6 (+5,4)	13 (+5)
Employé	23	45,5	7,8 (+2,6)	23,5 (+12,1)
Ouvrier	6,5	4	20,9 (+8,5)	4,6 (+5)

¹⁴ Recensement de la population, 2012 (année la plus proche de la conclusion de l'enquête ANAMIA). Voir http://insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-evol-struct-pop-2012

Autre	6,5	5	13,6	21,6
-------	-----	---	------	------

Tableau 2 : Les deux premières colonnes représentent la distribution de la population enquêtée par catégorie socio-professionnelle des parents, en pourcentage. Lecture : 39,5% des participants à l'enquête déclarent que leur père est, ou a été, cadre supérieur. Les deux dernières colonnes présentent, par comparaison, la distribution de la population française de plus de 15 ans par catégories socio-professionnelles, en 2012. Entre parenthèses : pourcentage de la population qui est actuellement inactive et qui a été dans la catégorie socioprofessionnelle indiquée dans le passé. Lecture : 12% des hommes français de plus de 15 ans sont cadres supérieurs en 2012, et 4,6% des hommes français de plus de 15, inactifs en 2012, ont été cadres supérieurs auparavant. Sources : Enquête ANAMIA (deux premières colonnes) et INSEE, Enquêtes Emploi, 2012 (deux dernières colonnes) (Voir http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/irsoceec12/dd/excel/irsoceec12_PTOT01_2012.xls).

Le Tableau 2 montre que certaines catégories sociales sont sur-représentées dans la population enquêtée, tandis que d'autres sont sous-représentées. En particulier, environ 40% des participants à notre étude a un père qui est (ou a été) cadre supérieur ou exerçant une profession libérale ou profession intellectuelle supérieure, alors que seulement 16,6% des hommes français appartiennent à cette catégorie. De même, les fils et filles des employés sont surreprésentés par rapport à la population générale, tandis que les fils et filles des ouvriers sont sous-représentés. Ce résultat ne corrobore que très faiblement l'idée que les troubles alimentaires se propagent surtout parmi les élites sociales, déjà contestée par de nombreux chercheurs comme il a été montré plus haut (Gard & Freeman 1996 ; Gibbons 2001) : rappelons en effet que l'enquête n'était pas représentative de toute la population concernée par les troubles alimentaires, mais portait sur l'intersection entre personnes atteintes d'anorexie/boulimie et utilisateurs du web. Les fractures numériques par genre, âge, origine ; les disparités d'accès à internet ; les inégalités en termes de compétence linguistique et d'éducation aux médias (« littératie numérique ») : voilà un certain nombre de biais qui façonnent la population d'utilisateurs des plateformes internet « ana » et « mia » et qui expliquent en partie sa spécificité par rapport à la population générale.

4. Réseaux sociaux et trajectoires des personnes atteintes de troubles alimentaires

L'anorexie¹⁵ mentale et la boulimie sont souvent vécues dans l'isolement et la solitude (Levine 2012). Limiter la prise alimentaire, jeûner, conduit graduellement à perdre les contacts sociaux associés aux repas, aux valeurs du plaisir et du partage alimentaire – ce que Fischler et Masson (2008) appellent la « commensalité ». Ainsi, on échappe au dîner en famille avec une excuse (« j'ai déjà mangé à l'école »), on renonce à la soirée entre amis pour éviter d'être exposé à des occasions de prise alimentaire. On parle très peu de son trouble alimentaire, c'est une condition intime, dont on garde le secret. C'est parce que ces pathologies ne sont pas toujours considérées comme telles, sont méconnues, incomprises, associées à des pratiques qui feraient scandale autour de soi (vomissements, prise de laxatifs), et à des effets secondaires embarrassants (aménorrhée, pilosité, perte de cheveux).

Mais alors, l'internet peut-il aider ces usagers à rompre leur isolement et à retrouver une forme de socialité alimentaire ? Il est possible que des espaces tels que les blogs, les forums de discussion, ou les groupes dans des médias sociaux comme Facebook ou Instagram, créent des opportunités de rencontre entre pairs qui font face aux mêmes problèmes au quotidien. Dans ces cercles de connaissances, des pratiques qui seraient inavouables ailleurs pourraient devenir des référents partagés, sur lesquels se recrée la relation à autrui. En effet, des recherches récentes font apparaître le potentiel de construction d'identité et de reconstitution d'une vie sociale des communautés web centrées sur les troubles alimentaires (Yeshua-Katz & Martins 2013).

S'il en est ainsi, la question de la sociabilité des groupes « pro-ana » peut être ramenée à celle, plus générale, de la sociabilité en ligne, et de son rapport aux formes plus traditionnelles (« présentielles ») d'interaction humaine. Y a-t-il détachement entre ce qui

¹⁵ Ce chapitre a été rédigé avec la collaboration de Lise Mounier (CNRS).

se passe face à l'écran d'un ordinateur ou d'un mobile, et ce que les usagers définissent parfois comme leur « vie réelle », c'est-à-dire les contextes d'interaction quotidienne avec leur famille, leur école, leur travail ? Dans quelle mesure les relations sociales que les utilisateurs des sites « ana » et « mia » entretiennent avec leurs contacts en ligne, nous permettent de saisir, par comparaison, leurs relations présentielles ? La réponse à cette question permet d'aller au-delà de la surface de ces sites web, pour en interpréter le contenu à la lumière de la sociabilité de leurs membres et de son évolution dans le temps.

L'autre question qui se pose est de savoir quelles ressources les relations en ligne (et les réseaux) véhiculent. Apportent-elles du soutien aux usagers, et si oui, de quel soutien s'agit-il ? Ces formes de soutien peuvent-elles être mobilisées dans un parcours de recherche de soins et de mieux-être ?

4.1. Les réseaux personnels des utilisateurs

Pour aborder ces questions, nous avons réalisé une étude des réseaux sociaux, selon la perspective délinéée plus haut. Cartographie des sites mise à part (§ 3.2.2), nous avons surtout mis l'accent sur les réseaux dits « personnels », visant à reconstituer l'entourage social de chaque individu (*ego*), consistant de ses connaissances (*alter*), des liens entre eux (par exemple, d'amitié), et des groupes qu'ils forment (par exemple, camarades d'école ou membres d'un forum de discussion). La comparaison entre entourage social en face-à-face et interactions en ligne est particulièrement intéressante. Ici nous la discutons en détail, après avoir présenté la démarche utilisée dans la collecte et l'analyse des données.

4.1.1. Reconstituer des réseaux personnels au travers d'une articulation de méthodes

Pour repérer ces informations, le questionnaire en ligne distribué dans le cadre de notre projet se détachait de l'approche des réseaux complets et des techniques de *data mining* utilisées pour la cartographie des sites, pour aller au plus près des perceptions et du vécu des personnes concernées. L'approche par questionnaire permettait de les laisser exprimer sur leurs relations et la vision qu'elles en avaient, au-delà de toute trace numérique qu'elles laisseraient. Ainsi, ce questionnaire web se situait dans la continuité d'une longue tradition qui, en sciences sociales, privilégie l'enquête plutôt que la collecte « massive-passive » comme méthode de recueil de données par excellence.

En particulier, le questionnaire incluait un outil de visualisation interactive, ou « sociogramme » (Figure 4), permettant de dessiner des réseaux personnels (voir § 2.3). Cet outil portait le nom d'Egocenter¹⁶, car il se présentait sur l'écran sous la forme d'une cible avec le participant même (*ego*) en son centre. Le répondant était invité à positionner ses contacts (*alter*) de manière concentrique autour de lui, en fonction de leur proximité relationnelle. Ainsi, les relations « intimes » pouvaient être superposées au centre de la cible, les « très proches » allaient être positionnées dans le premier cercle (gris clair), les « proches » dans le deuxième (gris foncé), et les « peu proches » dans l'espace blanc autour. Ces positions traduisaient la « force » des liens (Granovetter 1973), telle qu'elle était ressentie par les participants.

L'exercice de renseigner le sociogramme était répété deux fois : une pour les relations présentiellles, l'autre pour les relations sur internet¹⁷. Techniquement, il s'agit d'une

¹⁶ L'application, en format flash, est téléchargeable et modifiable sous licence publique générale à partir du répertoire Github : <https://github.com/Bodyspacesociety/ANAMIA-Egocenter> (Tubaro, Casilli et al. 2013). Un tutoriel vidéo est disponible sur Youtube : <https://www.youtube.com/watch?v=AAISaDdAaC0> (Casilli & Pailler 2013).

¹⁷ Plus précisément, la question posée était la suivante, pour les relations en face à face :
« Je m'apprête maintenant à dessiner mon réseau de connaissances. Ce sont des personnes avec qui j'ai parlé (en disant un peu plus que bonjour ou bonsoir !) et j'ai échangé au cours des six

version graphique d'un « générateur de noms », un outil classique de l'analyse des réseaux, déjà réalisée avec succès sur papier (Hogan, Carrasco & Wellman 2007 ; Ryan, Mulholland & Agoston 2014), que nous avons informatisée (Tubaro, Casilli & Mounier 2014 ; Tubaro, Ryan & D'Angelo 2016). Le sociogramme exploite le potentiel heuristique de la visualisation des réseaux, une technique à la pointe de la recherche en informatique, popularisée non seulement dans la recherche en sciences sociales mais aussi dans la communication de masse (Casilli 2015). En l'utilisant pour la collecte des données, au plus près des participants, nous mettions son potentiel au service de ceux-ci, et non seulement des chercheurs. En effet, les participants se voyaient offrir une vision d'ensemble, holistique, de la structure et de la composition de leur entourage social, pouvant ainsi développer leur propre réflexion en la matière – tout en fournissant aux chercheurs des informations plus riches et précises qu'un générateur de noms traditionnel.

Une fois remplies par les participants, les sociogrammes nous informent sur leur relations interpersonnelles, incluant les individus avec lesquels ils interagissent dans la vie de tous les jours (amis, parents, collègues, professionnels de santé, partenaires), ainsi que les contacts par voie informatique (« amis » sur Facebook, correspondants email, interlocuteurs par chat, blogueurs). Elles rendent compte également de la représentation qu'ont les participants des relations entre leurs connaissances (représentées par les liens

derniers mois, et que je rencontre par exemple à l'école, au travail, dans ma famille, dans mes loisirs etc. Au centre de cette cible, c'est moi. Je positionne les autres autour de moi, les plus proches vers le centre et les autres plus loin. Je peux les nommer avec leur prénom, leur surnom, leurs initiales etc. – pourvu que je puisse ensuite les reconnaître. Si deux personnes portent le même nom, je les distingue en rajoutant un chiffre ou une lettre. »

Pour les relations en ligne :

« Maintenant je parle de mes contacts sur Internet. Ce sont des personnes avec qui j'ai parlé et j'ai échangé au cours des six derniers mois, et que je rencontre par exemple sur des forums de discussion, blogs, email, MSN, réseaux sociaux (Facebook, Last.fm etc.). Je peux nommer des personnes que j'ai déjà mentionnées avant, ou d'autres. Au centre de cette cible, c'est moi. Je positionne les autres autour de moi, les plus proches vers le centre et les autres plus loin. Je réutilise le même nom pour les personnes que j'ai déjà mentionnées avant. Les autres, je les appelle par leur prénom, initiales, avatar, adresse email etc. – pourvu que je puisse ensuite les reconnaître. »

entre les noeuds du sociogramme), et de l'organisation de leur sociabilité en termes de contextes sociaux plus ou moins formels (les groupes) (Bidart, Degenne & Grossetti 2011).

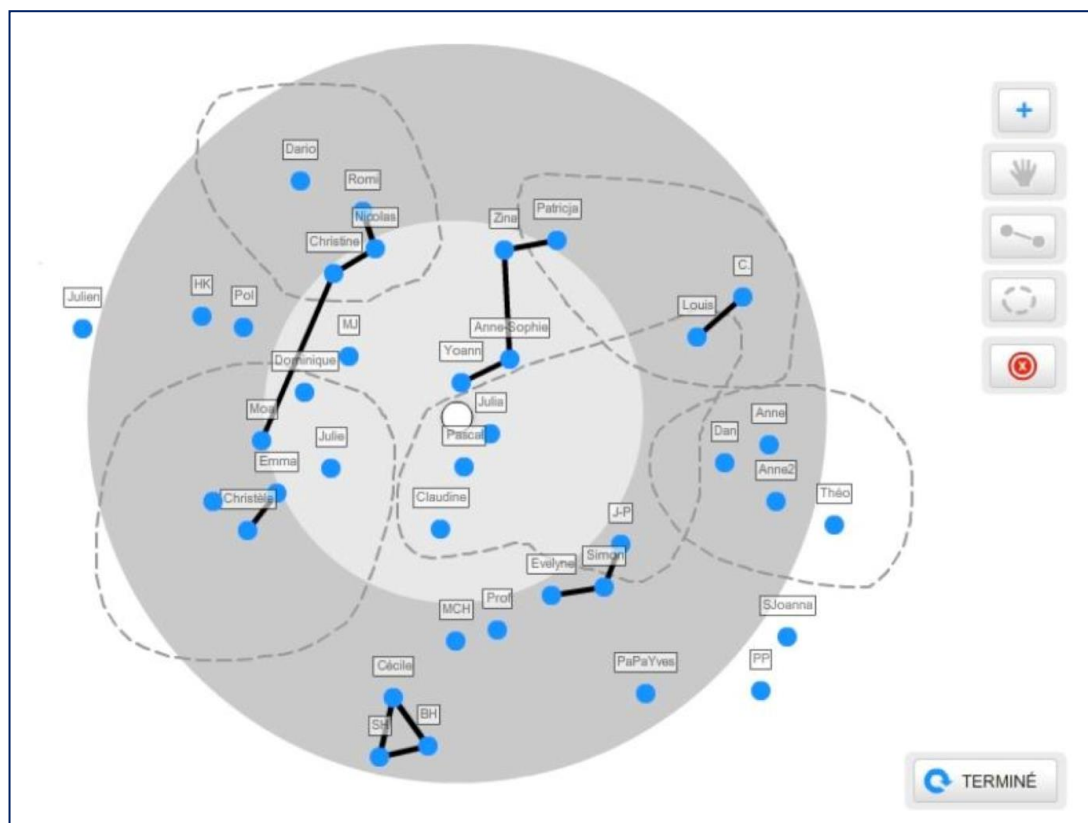


Figure 4 : « Egocenter » (sociogramme web pour dessiner un réseau personnel). Le point blanc au centre de la cible désigne le répondant au questionnaire (*ego*), les autres points désignent ses connaissances (*alter*). Les boutons à droite de l'écran permettent de rajouter des alter, de tracer des liens (lignes foncées continues) et de grouper les *alter* (lignes claires en pointillé). Source : projet ANAMIA.

L'information contenue dans les graphiques (notamment le nombre et les attributs des *alter*, les liens entre eux, leur affiliation à des groupes) a été ensuite extraite et codée pour pouvoir calculer des indicateurs comme la taille et la densité des réseaux, ainsi que la distribution des différentes caractéristiques des *alter* (par exemple, proportion d'hommes et femmes, proportion d'amis et membres de la famille par rapport à d'autres types de relations, proportion des proches et intimes par rapport aux proches et moins proches, etc.). On s'aperçoit ainsi qu'en moyenne, chaque participant à l'enquête a renseigné 11,5

personnes dans la cible relative à ses connaissances en présentiel, et 7,3 dans celle dédiée à ses contacts en ligne. Au total, chaque *ego* a 16,2 *alter* uniques (certains ayant été nommés à la fois en ligne et en face-à-face). Si ces valeurs peuvent paraître faibles à première vue, ils ne sont pas anormalement bas, mais relèvent du même ordre de grandeur que ce qui a pu être observé dans d'autres études effectuées avec des méthodes similaires sur la population générale – à savoir, sans un lien évident avec les troubles alimentaires (Bidart, Degenne & Grossetti 2001, p. 66 ; Tubaro, Casilli & Mounier 2014 ; Rolfe 2014)¹⁸. Le nombre absolu de personnes citées par les répondants ne doit donc pas être interprété comme un signal de leur prétendu isolement.

Le Tableau 3 résume les caractéristiques des 1893 contacts nommés. On notera, en particulier, que la majorité des connaissances sont entretenues en face-à-face ; que moins de la moitié de ces personnes ont des liens entre eux, ou font partie de cercles sociaux comme la classe d'école, une équipe sportive, ou un forum en ligne. Les contacts intimes et très proches forment un peu moins de la moitié de tous les *alter*. Un peu plus de la moitié sont qualifiés d'amis, et deux tiers sont des femmes (un résultat à interpréter à la lumière du genre des participants à l'enquête, majoritairement des femmes : voir § 3.3).

Construits théoriques		Variables et mesures	Effectifs (pourcentages)
Structure des réseaux personnels et grou	Multiplicité	Modes d'interaction avec <i>ego</i>	
		<i>Face-à-face & en ligne (multiplexe)</i>	144 (8%)
		<i>Face-à-face seulement</i>	1180 (62%)
		<i>En ligne seulement</i>	569 (30%)
	et grou	Liens avec d'autres <i>alter</i>	
		<i>Face-à-face & en ligne (multiplexe)</i>	51 (3%)

¹⁸ La méthode utilisée demandant un niveau de détail important pour chaque *alter* renseigné par *ego*, elle induit des choix assez sélectifs, où la pertinence prime sur le nombre. Les mêmes répondants ont fourni des estimations plus larges, lorsque, dans le questionnaire, nous leur avons simplement demandé de fournir une estimation approximative du nombre de personnes appartenant à leur réseau personnel, sans en identifier explicitement chaque membre.

Composition des réseaux		<i>Face-à-face seulement</i>	556 (29%)
		<i>En ligne seulement</i>	192 (10%)
		<i>Aucun lien entre alter</i>	1094 (58%)
	Appartenance à des cercles sociaux		
		<i>Face-à-face & en ligne (multiplexe)</i>	37 (2%)
		<i>Face-à-face seulement</i>	461 (24%)
		<i>En ligne seulement</i>	257 (14%)
		<i>Aucun cercle</i>	1138 (60%)
	Proximité relationnelle avec ego		
		<i>Intime</i>	37 (2%)
		<i>Très proche</i>	697 (37%)
		<i>Proche</i>	877 (47%)
		<i>Peu proche</i>	275 (15%)
	Genre		
		<i>Masculin</i>	596 (32%)
		<i>Féminin</i>	1290 (68%)
	Type de relation avec ego		
		<i>Partenaire / conjoint / petit(e) ami(e)</i>	82 (4%)
		<i>Ami(e)</i>	955 (52%)
		<i>Membre de la famille</i>	343 (18%)
		<i>Professionnel de santé</i>	45 (2%)
		<i>Autre</i>	458 (24%)

Tableau 3 : Caractéristiques des contacts (*alter*) dans la structure et composition des réseaux personnels des participants (*ego*) les ayant nommés. Le volet haut présente des indicateurs de structure : polyvalence, existence de liens avec d'autres *alter*, affiliation à des cercles sociaux regroupant plusieurs *alter*. Lecture : 144 *alter* (8% du nombre total d'*alter* renseignés par les participants français) sont nommés à la fois dans l'application représentant le réseau en face-à-face d'*ego*, et dans son réseau en ligne ; 51 *alter* (3% du total) ont des liens avec d'autres *alter* en face-à-face, et en ligne ; 37 *alter* (2% du total) sont dans des cercles sociaux aussi bien en ligne qu'en face-à-face. Le volet bas de la table présente des indicateurs de composition du réseau. Lecture : 596 *alter* (32% du total) sont de genre masculin. N = 1893 *alter*, nommés par 117 *ego*¹⁹. Source : projet ANAMIA.

Le recueil de ces données quantitatives s'accompagnait également d'une démarche qualitative : des entretiens en profondeur, d'environ une heure chacun, ont été réalisés avec un sous-échantillon de participants (22 pour la France) quelques jours après le

¹⁹ Les nombre d'*ego* ayant rempli les deux sociogrammes est inférieur au nombre d'*ego* ayant renseigné le questionnaire (données manquantes pour 19 participants).

questionnaire, pour qu'ils puissent apporter plus de précisions sur chacune de leurs relations et en faire apparaître la signification, l'intérêt, et en général le vécu (voir § 3.1).

4.1.2. Liens forts et liens faibles, en ligne et en face-à-face

Comment l'analyse de ces réseaux personnels apporte-t-elle un éclairage nouveau sur le quotidien des usagers du web ayant un trouble alimentaire ? Un premier constat est que la majorité des connaissances citées sont présentesielles (62% en moyenne – voir Tableau 3) : des relations formées et entretenues principalement en face-à-face, sans la médiation d'internet, ou pour lesquelles la médiation d'internet est très secondaire. Comment interpréter ce résultat, par rapport à ce qui a été dit plus haut sur la difficulté de partager en particulier dans les cercles de la vie quotidienne hors internet, comme la famille ou les amis (voir § 2.2.2) ? La réponse est que, quoique citées en nombre relativement important, ces contacts en face-à-face n'impliquent pas nécessairement un véritable échange à propos des troubles alimentaires.

Une indication en ce sens nous vient des entretiens qualitatifs, qui suggèrent que les personnes concernées par les troubles ne coupent pas toujours les liens présentsiels avec leurs pairs, leurs parents, leurs collègues, mais tendent à leur cacher les « secrets » liés à leur alimentation, à leur activité physique et à leur état de santé. Ces liens ne sont donc pas dissouts : ils continuent d'avoir une importance relative, mais leur périmètre est circonscrit, se limitant à offrir une opportunité d'échanger autour de certains sujets et de certaines conduites, mais pas d'autres. Ainsi une participante, en entretien post-questionnaire, expliquait que :

« [Mes] amis trop proches, j'ai pas trop envie de les embêter avec ça » (resp. 109).

Une autre raconte que si quelques années plus tôt, il lui avait été impossible de dissimuler une longue hospitalisation, aujourd'hui, sans être vraiment guérie,

« Pour m'en sortir j'ai un peu... je me suis... j'ai dit que j'étais sortie de mes troubles alimentaires » (resp. 116).

La relation en face-à-face se précise alors par rapport à son contenu, pouvant rester en place dans la mesure où elle réussit à contourner tout échange relatif aux troubles alimentaires. On voit alors apparaître une situation complexe, où le secret autour de la maladie est le prix à payer pour maintenir une vie sociale à l'apparence normale.

À leur tour, les relations entretenues exclusivement ou majoritairement en ligne concernent 30% des connaissances citées par les participants (Tableau 3). Les entretiens confirment que c'est effectivement vers l'internet que souvent ces personnes se tournent pour parler de leurs troubles alimentaires :

« Au début de mes troubles alimentaires j'étais toute seule, quoi. Personne pour me comprendre [...] internet et tout ça... ben voilà, je me suis moins sentie seule. J'ai vu que j'étais pas la seule à vivre ça. » (resp. 11).

« La personne réelle, avec qui je peux parler de ça [le trouble], c'est personne. Il y a personne. Sur internet, et ben... c'est les gens du forum. » (resp. 78).

On n'utilise pas à cette fin des services généralistes comme Facebook, qui pourraient relayer l'information à des cercles très vastes, mais des blogs et forums dédiés spécifiquement aux troubles alimentaires, souvent fermés ou peu visibles à l'extérieur, où se retrouvent des pairs dans la même situation :

« [Sur le forum] on parle ouvertement de la maladie donc ça, c'est quelque chose dont je ne parle pas du tout sur Facebook. [...] Parce que parmi mes amis, j'ai des anciens professeurs d'université, j'ai des collègues de travail [...] donc pour moi, c'est quasiment de la sphère publique » (resp. 65).

Et encore, les interactions en dehors de Facebook se font de manière pseudonyme, en échappant aux règles des « vrais noms » mis en place par la firme de Palo Alto. Ici comme ailleurs, la possibilité de s'inscrire et de s'exprimer sous un faux nom devient une manière de profiter pleinement des possibilités relationnelles d'internet (Pailler & Casilli 2015), d'avoir une expérience plus authentique—quoique, paradoxalement, en gardant une identité dont « personne ne doute » :

« Je suis une tout autre personne par rapport à mon blog que par rapport à Facebook. Facebook, je suis celle que tout le monde connaît et puis le blog, c'est celle dont personne ne doute » (resp. 23).

Parfois, la solution est de créer un deuxième compte Facebook, en prenant soin de ne pas y ajouter les mêmes amis que dans le premier :

« Oui, voilà, j'ai deux comptes, oui. [...] Du moment que mes amis puissent pas voir le deuxième compte... » (resp. 109).

Donc ce n'est pas au travers de médias sociaux généralistes que l'on entretient le contact avec d'autres personnes atteintes de troubles alimentaires. Ce sont plutôt des sites dédiés qui permettent ces échanges, et qui (tout en permettant de se présenter sous un pseudonyme) demandent souvent une inscription spécifique, des mots de passe, l'adoption de normes de comportement. L'usage des mots (quoique très controversés) « Ana » et « Mia », est en fait un signal qui aide à se reconnaître :

« Il y avait pas mal de personnes qui avaient des pseudo où on peut deviner qu'ils étaient dans le même cas, où il y avait marqué soit Ana ou Mia. Donc c'est comme ça, que je les ai ajoutées. » (resp. 109).

Les relations en ligne sont souvent ressenties comme moins proches que les relations en face-à-face. Le Tableau 3 montre que, sur une échelle allant d'« intime » et « très proche » à « proche » et « peu proche », 62% des contacts appartiennent aux deux dernières catégories, relevant d'une plus faible proximité relationnelle ; mais ce

pourcentage s'élève à 72% parmi les connaissances en ligne, contre 58% en face-à-face. Pour les participants, cette distance relationnelle ne représente pas un problème, mais au contraire l'un des facteurs qui rendent plus intéressant de parler de ses troubles sur internet qu'en présentiel :

« Sur le blog, je cherche pas à savoir qui c'est vraiment, enfin. Sur un forum, je ne connais pas la personne, donc je peux parler de choses plus intimes, on va dire. » (resp. 78).

Perçue comme un atout, l'absence de proximité relationnelle empêche de mettre en rapport le trouble alimentaire avec les autres aspects de la vie et de la personnalité d'un individu, et en protège en quelque sorte l'intégrité et la réputation.

Notons toutefois qu'un petit nombre de contacts (8% du total) sont entretenus à la fois, et souvent avec la même intensité, en ligne et en présentiel. Quoique peu nombreuses, ces relations situées à l'intersection entre vie quotidienne et communication médiatisée par Internet, indiquent une continuité entre les deux sphères relationnelles et une sociabilité qui, au final, est enrichie par les usages numériques. C'est au sein de ce petit groupe que l'on retrouve la plus haute proportion de contacts très proches et intimes (55%). Nous avons vu plus haut (§ 2.3) que les chercheurs appellent ces relations « multiplexes » (Mesch & Talmud 2006), ou polyvalentes (Bidart, Degenne & Grossetti 2011), dans la mesure où de multiples modalités—de l'internet au téléphone, aux lieux physiques de rencontre—sont mobilisées en parallèle pour les gérer. Dans le cadre de notre enquête, ce sont principalement des relations qui ont commencé en face-à-face (par exemple, amitié entre camarades d'école) et qui sont passées en ligne après une transition de vie importante qui a diminué les opportunités d'interaction présentielle (par exemple, déménagement dans une autre ville, ou rupture amoureuse). Parfois, c'est aussi l'inverse,

des relations en ligne s'étant intensifiées au point qu'à un moment, une rencontre en face-à-face a lieu, et la relation se poursuit par des moyens autres qu'internet.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que le recours à internet a un double rôle. D'une part, il offre des moyens additionnels de maintenir des liens forts préexistants, qui se manifestent par des relations multiplexes (peu nombreuses, mais perçues comme importantes), avec des personnes intimes et très proches. D'autre part, internet permet de créer de nouveaux liens, plus faibles, avec des personnes moins proches, avec lesquelles l'on peut mettre en place une communication plus ciblée autour d'une problématique spécifique (ici, les troubles alimentaires et les enjeux personnels, esthétiques, et sociaux qui y sont associés). Cette communication affinitaire est moins subie que celle en face-à-face, parce que plus respectueuse de la confidentialité des personnes, spécifiquement autour du thème « tabou » des troubles alimentaires.

4.2. Information et soutien : à quoi servent les contacts dans les réseaux sociaux

On peut à ce point se demander quelles conséquences ces structures relationnelles exercent sur les comportements et la santé des personnes concernées. Nous allons maintenant nous pencher sur ces questions en deux étapes : d'abord, en reconstituant la trajectoire typique d'une personne, de ses premières visites du web des troubles alimentaires à une appropriation graduelle et une personnalisation des usages, à une véritable intégration dans la communauté ; ensuite, en regardant dans son entourage, sur quels contacts elle peut s'appuyer pour obtenir des ressources, notamment en matière de soutien pour faire face à son trouble alimentaire et aux situations de détresse qu'il entraîne.

4.2.1. Des étapes dans la maladie, correspondant à différents usages du web

Notre enquête a mis en lumière la concaténation des usages de moteurs de recherche, sites web d'information, et plateformes de socialisation en ligne. On ne devient pas usager de sites ana et mia d'un seul coup, mais on s'en rapproche en plusieurs phases. Le début est toujours une *recherche d'information* : donner un sens à ses symptômes, se renseigner sur les conséquences, identifier des communautés de patients ayant les mêmes troubles :

« Au début, quand j'étais pas encore vraiment suivie pour ça, rechercher des choses sur internet et se rendre compte que voilà, ce qu'on fait, ça a un nom... ça m'a aidé, parce que j'ai appris que c'était une maladie. Après, il y a toutes les conséquences... » (resp. 54).

La recherche sur les moteurs généralistes, l'exploration curieuse en ligne, la lecture de témoignages, ne signifient pas nécessairement l'ouverture à un monde de souffrance. Les apologies des aspects morbides de l'anorexie sont généralement absentes de cette première phase, les recherches portant surtout sur des termes relatifs aux symptômes ou aux problématiques ressenties—plutôt que des termes à sensation comme « pro-ana », « thinspiration » ou « thigh gap ». En ligne, par l'expérience des autres, on apprend aussi que des soins existent :

« C'est aussi parce que je savais [après avoir consulté internet] qu'il y avait des choses qui étaient mises en place vraiment pour ces maladies-là, que j'ai fait des démarches pour rencontrer des médecins » (resp. 54).

Une fois des sites pertinents identifiés, la deuxième étape amène à les *consulter passivement (lurking)*, sans s'engager activement :

« J'ai jamais voulu prendre contact [...]. Je regardais ce qu'elles mettaient » (resp. 83).

La lecture de blogs et de forums, même quand elle ne s'accompagne pas d'interactions « actives » avec les autres participants, favorise une connaissance progressive des personnes qui écrivent, et permet de rompre l'isolement ressenti autour de la maladie :

« Même si j'échange pas directement... enfin... je peux m'identifier à certaines de ces personnes. Et puis, ben ça, en fonction de leur histoire et de comment elles évoluent, je sais que ça peut m'encourager à aller mieux. Donc m'amener une certaine forme de soutien. » (resp. 90).

Parfois, les participants de notre enquête qui en sont à ce stade renseignent dans leur sociogramme (voir § 4.1) des contacts « collectifs », nommés par leurs caractéristiques partagées (« membres du forum anorexie », « toutes les proana ») : des relations déjà vécues comme importantes, mais pas encore individualisées, pas encore autonomes, où la personne ne se distingue pas encore clairement du lieu où elle a été rencontrée. Le processus de « singularisation » d'une personne par rapport à un contexte social (Bidart, Degenne & Grossetti 2011 : p. 107) n'a pas encore commencé.

Si la lecture passive suffit à un grand nombre d'utilisateurs tout au long de leur parcours dans la maladie, après quelques temps certains commencent à *participer*, en commentant les billets de blogs des autres, ou en répondant à leurs questions sur le forum : une troisième phase s'initie alors. Petit à petit, quelques utilisateurs deviennent plus entreprenants, initiant eux-mêmes des conversations :

« Sur le forum, c'est une manière de se mettre aussi un peu en scène [...]. On se raconte [...] : je me parle à moi-même, c'est un peu comme tenir un journal intime, mais avec des lecteurs. [...] Des lecteurs et des réponses. » (resp. 65).

Les relations prennent alors de l'autonomie, se distinguant du contexte de rencontre, et des noms (ou pseudonymes) individuels apparaissent dans les réseaux personnels des participants de l'enquête. Le mouvement de « singularisation » démarre : la personne est

découplée de son environnement, est fréquentée pour ses qualités propres, et des véritables liens se tissent :

« Je sais bien que ce sont des relations *virtuelles*, mais ça fait quand même depuis 2003 que je fréquente ce forum, donc ce sont des personnes que je connais bien, pour certaines d'entre elles en tout cas » (resp. 65).

A ce stade les interviewés parlent de création d'amitiés²⁰. Pour certains, l'engagement dans l'effort de faire communauté va très loin, et ils deviennent par exemple modérateurs des forums qu'ils avaient initialement rejoint en tant que simples utilisateurs. Cela peut les amener à être confrontés à des situations très délicates, qui engagent leur responsabilité et les familiarisent avec la souffrance des autres membres vivant des situations parfois très sensibles :

« J'étais modératrice [...] de la section urgence, c'est-à-dire pour les filles qui avaient des gros coups de blues [...]. On essayait de prévenir soit la famille, soit, si la personne vivait seule, les secours. » (resp. 35).

La quatrième et dernière phase est la *sortie*. Lorsqu'une volonté de guérison s'installe, les utilisateurs souhaitent souvent changer leurs pratiques web – pour prendre du recul par rapport à la maladie, en d'autres termes penser à d'autres choses :

« Ok, je suis malade, mais j'ai pas envie de baigner quotidiennement dans la maladie sur internet et tout. C'est un besoin d'avancer [...], de plus fréquenter trop ce milieu. » (resp. 11).

Mais après un investissement important dans les liens, la sortie est moins une coupure définitive qu'un aller-retour marqué par l'hésitation :

« C'est un petit peu un tiraillement parce que... on essaie un peu de s'extirper de tout ça et puis, en même temps, on ne veut pas abandonner les gens parce qu'on sait ce que c'est... » (resp 13).

²⁰ Sur l'usage du terme « amitié » pour qualifier les relations humaines dans le contexte socio-numérique, et sur sa signification par rapport aux notions classiques de *philia* ou de *amicitia*, voir Casilli 2010, Doueihy 2011, Dalsuet 2013.

Pour ne pas rompre avec le milieu en ligne des troubles alimentaires, certains ouvrent un nouveau blog hébergeant des témoignages et des conseils pour ceux qui veulent aussi se soigner. Si quelques relations se dissolvent, d'autres évoluent vers de nouvelles formes, parfois détachées du contexte du web, ou bien migrent vers d'autres plateformes internet, sans lien aussi évident avec les troubles alimentaires.

On voit clairement se dessiner les grandes lignes d'un parcours d'évolution personnelle qui est cognitif et informationnel, tout autant que relationnel : en même temps que l'on développe sa conscience de la maladie et de ses implications, on s'intègre progressivement dans un réseau de pairs partageant la même expérience, de manière de plus en plus active, pour finalement s'en détacher et prendre une véritable distance par rapport aux contenus discutés au sein de ce réseau.

4.2.2.A qui demande-t-on du soutien ?

Dans certaines situations, les contacts personnels peuvent faciliter l'accès à des ressources, c'est-à-dire à des prestations, des informations ou des biens permettant de satisfaire un besoin ou de résoudre un problème (voir § 2.2.2). Cela peut être un prêt d'argent ou un renseignement sur un emploi. Mais ces ressources ne sont pas seulement économiques : elles peuvent inclure des « ressources de sociabilité », comme une aide lors d'un déménagement, ou une garde d'enfants (Fischer 1982). Si ces exemples s'inscrivent encore dans la prestation, d'autres relèvent surtout du relationnel et de l'intime : par exemple, accorder de la confiance ou même faire des confidences intimes (Ferrand 2007). Ces types de ressources qui concernent le conseil, les aides matérielles ou les services à la personne peuvent plus globalement être associés à la notion de *soutien social* (Fischer 1982 ; Defossez 2014).

Autrement dit, le soutien social constitue une mise à disposition de ressources spécifiques accessibles à travers ses contacts dans un réseau. Ce concept a été souvent mobilisé dans les études sociales de la santé : en plus des institutions médicales formelles, l'individu peut s'appuyer sur ses relations personnelles, informelles, pour se procurer des ressources qui aident à mieux gérer sa maladie. L'étude d'Alameda en Californie (déjà citée dans § 2.3), avait été la première à montrer que le risque de santé diminuait avec la connectivité sociale (Berkman & Syme 1979), un résultat désormais confirmé dans une grande variété de contextes.

De quel type de soutien parle-t-on ? Le fait de ne pas se sentir seul, d'éprouver du soulagement par la simple possibilité de faire partie d'un groupe plus large, peut être vu, en quelque sorte, comme une forme de soutien, que l'on qualifie parfois d'« intégration sociale » ou « d'accompagnement » (*companionship support* en anglais). Nous avons déjà vu que l'internet joue un rôle à cet égard, dans le cas des personnes ayant un trouble de l'alimentation. La typologie introduite par House (1981), très utilisée aujourd'hui, permet d'aller plus loin en distinguant trois autres types de soutien :

- Soutien « informationnel » : renseignements, avis, conseils.
- Soutien « émotionnel » : se sentir compris et encouragé, pouvoir faire confiance à quelqu'un.
- Soutien « instrumental » : se faire aider sur un plan pratique, matériel ou financier.

Ainsi peut-on croire qu'un individu atteint de troubles alimentaires mobilise son réseau personnel pour accéder à l'une ou plusieurs de ces formes de soutien, en plus de toute autre ressource dont il dispose déjà (par soi-même ou par le biais du système de santé) pour faire face à ses problèmes. La question est donc de savoir quels types de ressources

offrent les relations tissées à l'aide des sites web sur les troubles alimentaires, et à quelle fin ces ressources sont utilisées, par rapport aux ressources sociales disponibles par ailleurs – par le biais de la famille, de l'école, du travail, des institutions de santé.

Pour répondre à cette question, nous avons présenté deux « scénarii » aux participants de notre enquête. Le premier invitait les participants à imaginer une situation de crise (une hospitalisation proposée par leur médecin), et le second, une situation moins grave (une perte importante de cheveux, conséquence commune de l'anorexie). Dans les deux cas, il leur était demandé de sélectionner, parmi la liste complète de leurs contacts (qu'ils avaient déjà renseignés à l'aide du sociogramme présenté plus haut, voir § 4.1), avec lesquels ils auraient voulu parler du problème²¹.

En moyenne, les participants ont sélectionné 4,6 contacts parmi les membres de leur réseau personnel dans le cas de l'hospitalisation, et 3,3 dans le cas de la perte de cheveux. Il s'agit dans chaque cas d'un sous-ensemble de leurs réseaux personnels, un « noyau dur » de ressources sociales à activer en cas de besoin lié à la santé. Mais comment expliquer la taille et la composition de ces sous-ensembles ? Comment ces personnes sont-elles sélectionnées, qui sont-elles, et en quoi se distinguent-elles des autres membres des réseaux personnels de chaque participant ?

Pour répondre à ces questions, notons d'abord que différents types de problèmes sollicitent différents types de soutien. En cas de soucis relativement mineurs comme une

²¹ Plus précisément, les questions posées étaient les suivantes :

[Scénario hospitalisation] « Voilà la liste des personnes que j'ai nommées comme mes contacts, sur Internet et hors Internet. Imaginons maintenant que je ne vais pas bien et que mon médecin, inquiet, vient de proposer une hospitalisation. Y a-t-il des personnes dans cette liste à qui je pourrais en parler et qui pourraient me conseiller ? S'il y a d'autres personnes avec qui je voudrais parler, mais qui ne sont pas dans la liste, j'ajoute leur nom ci-dessous. »

Et :

[Scénario perte de cheveux] « Voilà la liste des personnes que j'ai nommées comme mes contacts, sur Internet et hors Internet. Imaginons maintenant un petit souci : j'ai remarqué une chute importante de mes cheveux ces derniers temps et je cherche un remède. Y a-t-il des personnes dans cette liste à qui je pourrais en parler et qui pourraient me conseiller ? S'il y a d'autres personnes avec qui je voudrais parler, mais qui ne sont pas dans la liste, j'ajoute leur nom ci-dessous. »

perte de cheveux, c'est le soutien informationnel qui est recherché. En cas de problèmes majeurs comme ceux qui conduiraient à une hospitalisation, l'information ne suffit pas, et l'on observe aussi une quête de soutien émotionnel et instrumental. Il faut aussi prendre en compte l'un des résultats que la recherche en sciences sociales avait déjà établi dans d'autres contextes empiriques (Grossetti 2007 ; Ferrand 2007) : différents types de soutien peuvent être obtenus de différentes parties de son réseau personnel. On voit alors pourquoi les réseaux de soutien sont plus petits que les réseaux personnels en général : tous les contacts ne sont pas en mesure d'offrir de l'information, du soutien émotionnel, ou de l'aide matérielle. Et il devient aussi clair pourquoi moins de connaissances ou d'amis sont sollicités pour une perte de cheveux (qui n'exige que du soutien informationnel) que pour une hospitalisation (qui exige différents types de soutien et appelle à mobiliser différentes personnes capables de le fournir).

Pour aller plus loin, considérons aussi que ces principes prennent une allure particulière dans notre étude, où l'on trouve que les relations en ligne et en face-à-face jouent de manière distincte dans la poursuite de ces différents types de soutien. Pour trouver du soutien émotionnel, ce sont les relations multiplexes, entretenues à la fois en face-à-face et par internet, que les usagers mobilisent davantage. Ces relations, on l'a vu, sont très peu nombreuses mais tendent à être perçues comme plus proches que celles qui existent seulement en présentiel, ou seulement en ligne. Elles sont mieux à même d'offrir de l'écoute et de la sympathie, et peuvent également être sollicitées pour de l'aide pratique (par exemple, se faire conduire à l'hôpital en voiture).

Pour autant, la proximité relationnelle est peu importante dans la recherche du soutien informationnel. Afin de savoir comment remédier à une chute de cheveux, les participants s'efforcent surtout de penser à qui, parmi leurs contacts, a accès à des connaissances biomédicales suffisantes (par exemple, une personne nomme une amie

dont la mère est pharmacienne), ou qui peut connaître une solution pour avoir déjà fait l'expérience du même problème :

« Je chercherais certainement celles... qui l'ont déjà vécu et... voir comment ça c'était passé pour elles. Parce qu'autour de moi, ils n'auraient pas vécu ça et ils ne comprendraient pas forcément » (resp. 131).

En principe, les contacts pertinents peuvent être plus ou moins proches, entretenus en présentiel et/ou en ligne. Ainsi, par exemple, on cherche du soutien de son partenaire en cas d'hospitalisation, mais pas pour remédier à une perte de cheveux²².

Mettons maintenant en relation ce résultat avec la tendance déjà mise en exergue à parler peu de troubles alimentaires avec son entourage en présentiel, et plus volontiers avec des personnes croisées sur des forums ou blogs dédiés en ligne. Les modes de recherche de soutien social en dépendent. Parmi les relations multiplexes et présentes, très proches et donc en mesure de fournir du soutien émotionnel et instrumental, ce sont surtout des relations individualisées, dans des espaces moins cohésifs, qui sont choisies. Ce sont des contacts qui ont relativement peu de liens avec d'autres contacts dans le réseau personnel d'un individu, et qui généralement ne font pas partie de cercles sociaux. Ces *outsiders* peuvent devenir dépositaires du secret (le trouble alimentaire) de la personne interviewée. Ils ne risquent pas d'aller le confier à d'autres membres de son milieu social, pour la simple et bonne raison qu'ils ne les connaissent pas personnellement et ne les fréquentent pas.

Par contre, lorsqu'on cherche du soutien en ligne, notamment pour les problèmes mineurs qui n'exigent que du soutien informationnel, les contacts mobilisés sont plus souvent en relation entre eux : il s'agit par exemple des membres d'un forum web. En cas de souci,

²² Pour plus de détail, voir Tubaro & Mounier (2014).

« Je posterais sur le forum et je regarderais après les réponses des uns et des autres. [...] Elles savent de quoi elles parlent parce que, enfin, elles sont quand même assez renseignées. Elles aussi ont les mêmes problèmes. [...] On a tous un problème un peu similaire, donc on ne se juge pas, on comprend ce que les autres ressentent. » (resp. 66).

Mais il faut que ce forum soit séparé des autres contextes d'interaction comme l'école, la famille, et même parfois Facebook :

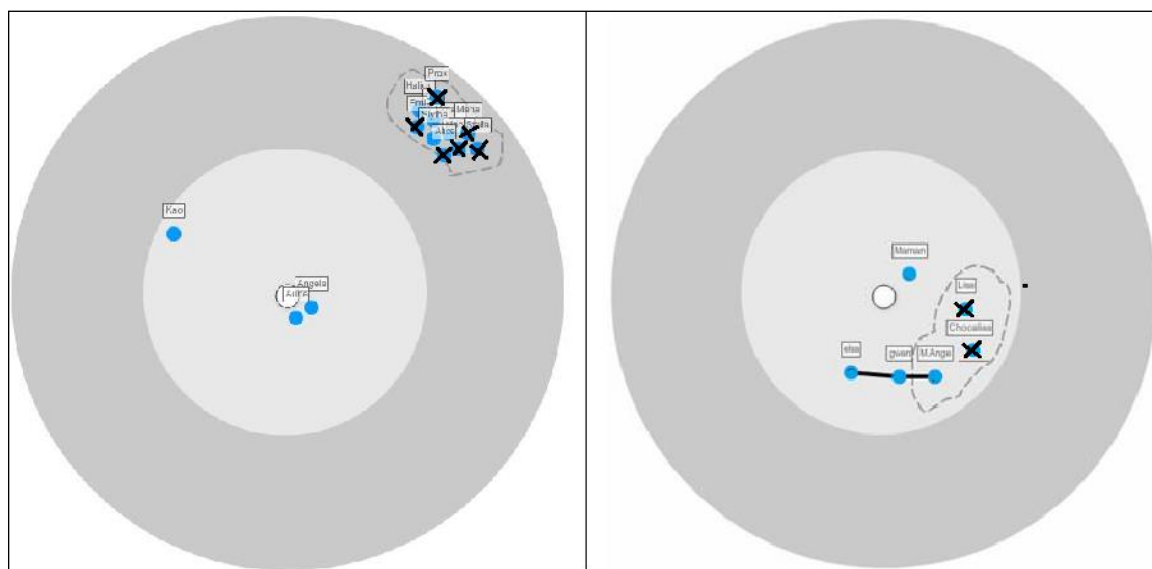
« Parce que, quand on voit les dérives qu'il y a avec Facebook [...] même si je sais que je suis malade, je n'ai pas du tout envie que tout le monde puisse m'associer avec la maladie. [...] Tout le monde sait que les données sont de toute manière sauvegardées et puis, il y aura toujours une trace. » (resp. 54).

Parler des troubles aux membres d'un tel groupe n'est donc pas défendu, dans la mesure où ce groupe est formé en ligne, et reste autant que possible impénétrable, sans communication avec l'entourage quotidien de la personne.

Ce sont deux tactiques différentes, mais qui obéissent à la même logique : *pour obtenir du soutien social, on va s'appuyer sur des structures de relations séparées les unes des autres*. En présentiel, ces relations sont individualisées, basées sur la confiance ; sur le web, elles sont regroupées en de petites cliques étanches.

Un exemple typique est représenté par une participante à l'enquête (resp. 7), qui a nommé 28 contacts, dont 15 en face-à-face, 11 en ligne, et 2 multiplexes (en face-à-face et sur internet). Elle en a ensuite sélectionné 8 auxquels elle souhaiterait parler en cas d'hospitalisation. Parmi eux, on trouve 2 contacts en face-à-face (son partenaire et un ami) qu'elle qualifie, respectivement, d'intime et de très proche. Ils se connaissent entre eux mais n'ont aucun lien avec les autres membres du réseau personnel de la participante, et ne font partie d'aucun groupement. Les autres contacts qu'elle choisit comme fournisseurs potentiels de soutien sont des correspondants en ligne : 6 femmes, toutes représentées comme membres d'un groupe sur internet, placées à la périphérie de

l'espace de « proches » (Figure 5, volet gauche) et ayant avec la participante une relation qu'elle se limite à qualifier de « autre » (elles ne sont donc pas des collègues, des membres de sa famille, des copines). Une autre participante représentative (resp. 78) choisit, pour chercher un remède contre une perte de cheveux, les deux seuls de ses 19 contacts qu'elle ne fréquente que sur internet (de ses autres contacts, 13 sont connus en face-à-face et 4 sont polyvalents). Les deux personnes qu'elle choisit pour leur demander du soutien sont des femmes, présentées comme membres d'un groupe – les seules, au sein de ce groupe, à ne pas avoir aucune relation au reste du réseau (Figure 5, volet droit).



Pourquoi cette tendance à la séparation ? Il est bien connu en sociologie, à partir des travaux des pionniers tels que Georg Simmel (1999 [1908]), que le soutien, la solidarité, et le sens d'appartenance apparaissent dans des environnements sociaux très cohésifs,

caractérisés par des réseaux personnels très denses, où tous interagissent avec tous ou presque (Coleman 1990). Toutefois de tels contextes augmentent également les chances que l'individu se retrouve obligé de suivre les normes partagées par les autres, et qu'il se sente surveillé, jugé et même réprimandé s'il dévie (Kadushin 2011). Au contraire, dans des environnements sociaux épars (des réseaux avec peu de connexions entre nœuds, ou entre sous-groupes), l'individu conserve une plus grande liberté d'action, quoiqu'au prix d'une moindre solidarité (Burt 2005). Or un individu atteint de troubles alimentaires doit arbitrer entre ces deux situations opposées, essayant d'accéder au soutien pour mieux gérer son trouble au quotidien, tout en minimisant le contrôle social et les critiques potentielles des autres.

C'est cet arbitrage que la tactique de la séparation des relations essaie de résoudre. La césure nette entre individus (en présentiel) et entre cliques (en ligne) par rapport au reste du réseau, permet de mieux maîtriser la pression exercée globalement par l'ensemble de ses connaissances. En particulier, l'information et le soutien circulant dans les petits cercles d'amis sur un forum dédié, ou sur les blogs consacrés aux troubles alimentaires, ne pénètrent pas les autres sphères d'interaction. Ainsi, un jeune membre d'un forum « pro-ana » évite que ses comportements alimentaires soient révélés à ses camarades d'école, si aucun d'entre eux n'est membre dudit forum. Les personnes qui entretiennent des relations en ligne centrées sur le partage de l'expérience du trouble alimentaire, s'efforcent de maîtriser la proximité et la distance entre divers contextes sociaux. Parfois elles expriment cette maîtrise en disant qu'elles vivent dans

« deux mondes différents et qui n'ont pas à se côtoyer » (resp. 31).

Mais il ne s'agit pas là de fuir les problèmes et trouver refuge en ligne, voire de vivre une existence schizophrène où l'expérience numérique ne s'interface pas avec le quotidien. C'est moins la distinction entre internet et les autres sphères d'interaction, qui détermine

la différence entre les types de soutien, que la nature de l'engagement individuel que ces derniers nécessitent. Les échanges en ligne offrent de façon générale une plus grande place aux soutiens sollicitant des liens faibles (ressentis comme moins proches) sans jamais affaiblir pour autant la présence des liens forts (intimes ou très proches) déjà existants. Ils sont une source précieuse de soutien, surtout informationnel, pour les problèmes du quotidien, tandis que les liens entretenus à la fois sur internet et en présentiel sont mobilisés pour obtenir du soutien d'un autre type, émotionnel ou instrumental, face à des problèmes de santé plus sérieux.

5. Corps, santé et « maigreur extrême »

Nous avons vu comment les réseaux sociaux en ligne, s'articulant aux relations et interactions en face-à-face, permettent l'accès à diverses sources de soutien, importantes dans l'effort quotidien des personnes confrontées aux symptômes et aux conséquences des troubles alimentaires. Regardons maintenant de plus près leur état de santé, image du corps, et pratiques nutritionnelles. Nous allons ensuite nous intéresser aux soins que leur offre le système institutionnel de santé, à la perception qu'elles en ont, et à leurs rapports, parfois ambivalents mais toujours très étroits, à la médecine. Le résultat le plus important de cette analyse, nous allons le voir, démystifie l'idée reçue selon laquelle les contributeurs et les lecteurs de sites « pro-ana » chercheraient à imposer une nouvelle norme corporelle, à l'enseigne de la maigreur extrême. La diversité de corpulence des contributeurs et des lecteurs de ces sites saute aux yeux, et ils sont engagés dans des arbitrages extraordinairement complexes entre aspirations individuelles, regard social et pressions contradictoires à la normalité et à une « conduite saine ». Les attitudes et les pratiques des personnes fréquentant des communautés « pro-ana » sur internet relèvent rarement de la posture de glorification de la maladie que les médias leur prêtent. Au contraire, certaines d'entre elles s'en servent pour affirmer un besoin de guérison et d'appropriation du malaise.

5.1. Santé et image du corps des utilisateurs

Les mesures de corpulence – taille, poids et surtout IMC, Indice de Masse Corporelle – sont des indicateurs, simples et très utilisés, de l'état de santé des personnes ayant un trouble alimentaire. Rappelons que l'IMC (le rapport du poids en kg sur le carré de la taille en m, comme détaillé dans § 2.1.1) aide à évaluer la gravité de la perte de poids

associée à l'anorexie mentale, même si les symptômes du trouble ne s'y réduisent pas. Pour les autres troubles des conduites alimentaires également, la taille, le poids et l'IMC permettent d'estimer, quoiqu'approximativement, l'écart entre corpulence constatée et corpulence souhaitée, et les enjeux d'image du corps qui en résultent, souvent importants pour des personnes concernées.

Il faut bien reconnaître que certains chercheurs, en sciences humaines et sociales ainsi qu'en médecine, contestent l'utilisation du poids et d'indices dérivés comme l'IMC pour apprécier les risques de santé, en raison de leur caractère grossier et quelque peu simpliste. Ces indicateurs ne permettent pas, par exemple, de distinguer la masse musculaire de la masse grasse, de tenir compte de la répartition des tissus adipeux et d'autres facteurs qui affectent la corpulence sans nécessairement toucher à l'état global de santé et de bien-être de l'individu (Lupton 2013). Tout en tenant compte de ces limites, nous reconnaissons l'utilité de ces mesures à des fins de description, sans pour autant leur attribuer une interprétation normative. Ces mesures sont également bien présentes à l'esprit des participants à notre enquête, pour lesquels elles constituent des repères à la signification claire et à l'applicabilité immédiate. Dans ce qui suit, nous les utilisons pour comparer les personnes ayant des troubles alimentaires à la population générale, et pour détecter des enjeux d'image du corps qui pourraient éclairer les raisons et les modalités de leurs comportements alimentaires atypiques.

5.1.1. La corpulence des utilisateurs du web des troubles alimentaires en France

Commençons par des constats simples, à partir des données issues de l'enquête ANAMIA²³. La taille moyenne des répondants (rappelons que ce sont très majoritairement des femmes) est de 164,5 cm, et le poids moyen est de 56 kg. Mais ils déclarent avoir atteint des minima bien plus faibles dans leur vie, avec une moyenne de 46 kg, et des extrêmes allant jusqu'à 25 kg. Leurs poids maximaux ont atteint en moyenne 65 kg, avec des pointes de 140 kg. Globalement, 55% des participants ont un IMC compris entre 18,5 et 25, l'intervalle « normal » selon les seuils établis par l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé (§ 2.1.1). Le sous-poids (IMC inférieur à 18,50) concerne 32% des participants, et le surpoids (IMC supérieur à 25) 13%.

Ces données sont certes crues, mais suffisantes pour *contrer l'idée reçue que tous les usagers de sites « pro-ana » sont en état de maigreur extrême*. Le poids « normal » de la moitié d'entre eux suggère que le problème est plus subtil : le trouble est souvent peu visible et sa gravité peut être difficile à reconnaître, y compris parfois par les professionnels de santé. Les témoignages des participants corroborent cette intuition :

« J'ai pris des rendez-vous avec des psys et tout ça. Et eux, tant que j'étais dans un IMC normal, pour eux j'étais bien, je n'avais pas besoin d'une aide approfondie. [...] Il y a des personnes qui sont dans un IMC normal ou peut-être au-dessus d'un IMC normal, mais qui [...] sont tout autant mal que les personnes qui sont maigres [...]. Il ne faut pas faire attention à l'apparence. Mais moi, j'ai l'impression que même avec les spécialistes, les psys ou tout ça, je pense que ça, au contraire, ça compte partout, l'apparence.» (resp. 21).

Comment se situe notre échantillon, par rapport à la population générale française, en dehors de l'univers des troubles alimentaires ? Le Tableau 4 compare la distribution de

²³ Les informations utilisées dans cette section sont déclaratives, basées sur ce que les participants ont dit être leur poids et leur taille : afin de respecter leur confidentialité, à aucun moment les sujets de notre étude n'ont fait l'objet de mensurations et en particulier, ils n'ont pas été pesés par les chercheurs. Pour limiter le risque de mensonge ou erreur, des questions de contrôle étaient insérées dans le questionnaire, et nous en tenons compte ici.

l'IMC résultant de l'enquête ANAMIA à deux grandes études françaises, l'enquête ObEpi de 2012 (voir § 2.1.1), et l'enquête ENNS (Etude Nationale Nutrition Santé), réalisée en 2006-7, qui font référence, elles aussi, à l'IMC et aux seuils établis par l'OMS. L'enquête ObEpi montre que la moitié des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids ou obèses : un pourcentage bien plus élevé que dans l'étude ANAMIA. En partie, cet écart s'explique par les spécificités socio-démographiques des participants de notre étude, qui sont principalement de femmes adultes de 22 ans en moyennes (voir § 3.3), alors que l'étude ObEpi concernait hommes et femmes, tous âges confondus. Quoique plus anciennes, les données ENNS s'avèrent alors d'un grand secours, car elles offrent un découpage plus fin de la population française par genre et tranches d'âge, en particulier avec du détail sur les femmes de 18-29 ans, la catégorie qui se rapproche au mieux de l'échantillon ANAMIA.

Classification IMC (kg/m²)	Enquête ANAMIA (2011-12)	Enquête ObEpi (2012)	Enquête ENNS (2006-7)
Sous-poids (IMC <18,50)	32%	3,5%	11,2%
Poids normal (18,50 < IMC < 24,99)	55%	49,2%	66%
Surpoids (y compris obésité) (IMC > 25)	13%	47,3%	22,8%

Tableau 4 : Distribution de l'IMC, Indice de Masse Corporelle, dans trois enquêtes. Les participants à l'enquête ANAMIA (première colonne) sont comparés à la population adulte française en 2012, hommes et femmes, tous âges confondus (deuxième colonne) et aux femmes françaises de 18-29 ans, en 2006-7 (troisième colonne). Lecture : un IMC inférieur à 18,50, correspondant à une situation de sous-poids, concerne 32% des participants à l'enquête ANAMIA ; concerne 3,5% des adultes français en 2012 (hommes et femmes, tous âges confondus) ; et concerne 11,2% des femmes françaises de 18-29 ans, enquêtées en 2006-7. Sources : Enquête ANAMIA (première colonne, n = 136) ; enquête ObEpi 2012 (deuxième colonne) ; enquête ENNS 2006-7 (troisième colonne).

On peut dire alors que les usagers des sites sur les troubles alimentaires font majoritairement partie d'une catégorie (femmes, jeunes) qui est plus souvent en sous-poids, et plus rarement en surpoids, que les autres femmes françaises. A titre comparatif,

l'enquête ENNS estime la prévalence du surpoids / obésité chez les femmes de 30-54 ans à 39,5%, tandis que le sous-poids ne concernerait que 4,1% d'entre elles ; ces taux s'élèvent, respectivement, à 57,7% et 2,1% pour les femmes de 55-74 ans. Autrement dit, les usagers des sites « pro-ana » amplifient une tendance commune à la majorité des jeunes françaises de leur âge : si le pourcentage ayant un poids normal est proche des niveaux constatés dans la population générale, le surpoids est sous-représenté dans ce groupe, et le sous-poids y est surreprésenté.

Il est aussi intéressant de regarder le poids *idéal*, qui comme nous le rappelle le sociologue de Saint-Pol (2010 : p. 4), renvoie à un critère normatif, celui du corps désirable, et à des attentes sociales et culturelles, plus que médicales. Le poids idéal ne correspond pas nécessairement au poids constaté ou mesuré sur la balance, et doit être pris en compte pour comprendre les comportements liés à la corpulence. Le poids idéal de nos enquêtés, de 47 kg en moyenne, s'avère très proche du niveau minimum qu'ils ont atteint. Rapporté à leur taille moyenne, il correspondrait à de l'insuffisance pondérale (IMC peu supérieur à 17). L'idéalisation de la minceur n'est guère une spécificité des personnes concernées par des troubles alimentaires, ayant été aussi observée auprès de la population générale : de Saint-Pol (2009) montre que le sous-poids est particulièrement valorisé chez les femmes françaises, par rapport aux hommes, et par rapport aux autres femmes européennes (tous âges confondus). Encore une fois, les usagers des sites web « pro-ana » amplifient une tendance existante au sein de la catégorie sociale dont elles font partie.

Ces usagers n'ignorent pas pour autant la norme médicale : en moyenne, ils répondent que leur poids *sain* (c'est-à-dire à leur avis le plus approprié pour leur santé) est de 53 kg, une valeur très proche de leur poids moyen actuel, et correspondant à un IMC de 19,7, se situant donc dans l'intervalle considéré « normal » par l'OMS (§ 2.1.1). Sur cet aspect –

qui, rappelons-le, constitue un élément distinctif du discours et du ressenti des personnes atteintes de troubles alimentaires – notre étude montre que *l'on n'assiste pas, au sein de ces communautés d'internet, à l'élaboration d'une norme médicale alternative*. On ne peut donc pas établir de parallèle entre le phénomène dit « pro-ana » et certaines postures des mouvements américains en faveur de l'acceptation d'une corpulence plus importante (Lupton 2013) : ces derniers sont souvent engagés dans la revendication de l'obésité ou plus généralement de la surcharge pondérale, et dans le refus des prescriptions médicales en termes de poids sain, alors que les internautes interpellés dans le cadre de notre étude sont conscients d'un décalage entre leur pratique et les normes partagés par les professionnels de santé.

5.1.2. Corpulence et type de troubles alimentaires

De quels problèmes les participants français à notre enquête souffrent-ils ? Notre questionnaire demandait aux participants s'ils étaient concernés par un trouble alimentaire, et si oui lequel. Précisons qu'il n'incluait pas de questions permettant de repérer leurs symptômes et de les classer de façon à identifier leur éventuel trouble selon une échelle médicalement validée²⁴. Autrement dit, nous avons collecté des données que les méthodologues qualifieraient de « déclaratives », sans effectuer des « tests » au sens clinique. Si cette démarche renonçait à la confirmation scientifique du diagnostic résultant, elle avait (au travers aussi de questions de contrôle) le but de faire apparaître la conscience que les participants avaient de leur trouble, et leur propre auto-diagnostic. Notre objectif était de nous donner les moyens de repérer des cas mêmes atypiques et éventuellement l'existence des *wannarexics*, ces internautes qui, sans être atteints d'anorexie, fréquentent et utilisent le web « pro-ana ». Dans le débat public, ces derniers

²⁴ Le SCOFF est un exemple d'une telle série de questions, utilisée pour le dépistage.

représentent une population particulièrement à risque, une espèce de zone tampon entre malades avérés et population générale, sur laquelle les politiques de santé pourraient (et sans doute devraient) se pencher.

En réponse à notre question, 93% des participants ont déclaré avoir des troubles alimentaires (les autres ayant souhaité ne pas répondre, ou plus rarement affirmé ne pas avoir de troubles²⁵), et une grande majorité d'entre eux ont précisé lesquels. Il leur était demandé de sélectionner parmi une liste (utilisant l'ancienne classification des troubles alimentaires, car le questionnaire ANAMIA a été distribué avant la parution du DSM-5 – voir § 2.1.1), le trouble qui à leur avis se rapprochait le plus de leur cas. Il en résulte que, tout en étant le trouble alimentaire le plus connu du grand public, l'anorexie mentale ne concerne que 20% de nos répondants. Les « troubles des conduites alimentaires non spécifiés » (TCA-NS), avec alternance ou coexistence de restriction et purge, dominent : 30% des participants à l'enquête se situent dans cette catégorie. La boulimie concerne 29% des participants, et l'hyperphagie 8%, le reste étant des cas variés ou un choix de ne pas dévoiler sa situation.

Quels rapports entre troubles et corpulence ? La Figure 6 utilise une représentation en boîte à moustaches pour visualiser, par type de trouble, les propriétés de l'IMC « constaté » sur la base des déclarations des participants à l'enquête ANAMIA, de l'IMC correspondant à leur poids « idéal », et de l'IMC « sain », qui à leur avis, serait approprié pour leur santé. Chaque boîte est coupée par la médiane, qui indique le milieu de la série ; les largeurs des deux côtés de la boîte renseignent sur la dispersion des valeurs situées au centre de la série (la boîte contenant environ 25% des observations en haut de la médiane et 25% en bas) ; la longueur des moustaches rend compte de la dispersion des valeurs

²⁵ Les questions de santé étant considérées sensibles, le respect de la confidentialité des participants (au sens de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, et selon les principes promus par la Commission Nationale Informatique et Liberté, CNIL) nous imposait de laisser aux enquêtés l'option de ne pas communiquer ces informations.

plus éloignées, en haut (25% des observations) et en bas (également 25% des observations) de la boîte ; les valeurs extrêmes sont en dehors des moustaches.

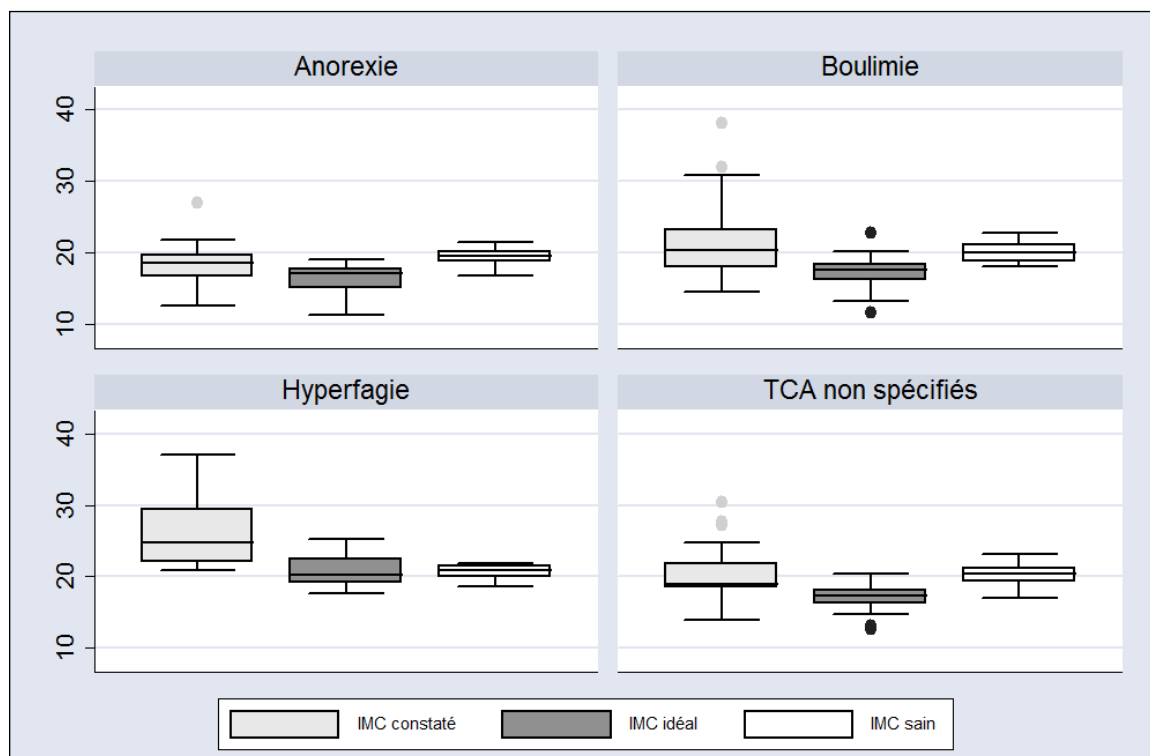


Figure 6 - distribution de l'IMC par type de trouble alimentaire déclaré. Pour chaque panel, correspondant à un type de trouble, on observe l'IMC constaté (gris clair, à gauche), l'IMC idéal, ou désiré (gris foncé, au centre), et l'IMC « sain », considéré comme conforme aux normes de santé (blanc, à droite). Lecture : pour les personnes ayant une anorexie (panel en haut, à gauche), les médianes sont très proches et se situent autour de 18-19, mais la médiane des valeurs constatées de l'IMC est un peu inférieure à celle de l'IMC sain, et un peu supérieure à celle de l'IMC idéal. Le corps des boîtes à moustaches est petit, suggérant que les valeurs du milieu sont homogènes (surtout pour l'IMC idéal et sain) ; l'étendue des moustaches est assez petite (surtout pour l'IMC sain), suggérant une dispersion relativement faible des valeurs. Source : élaboration des auteurs sur données de l'enquête ANAMIA (n = 118).

De grandes tendances se dégagent : la Figure 6 montre que l'IMC constaté est généralement plus faible chez les personnes ayant une anorexie, tandis que les cas d'hyperphagie se situent souvent à des niveaux d'IMC plus élevés. Il ne faut pas pour autant en déduire une correspondance précise entre IMC constaté et type de trouble. Des symptômes de l'anorexie, et la fréquentation de sites web dédiés à l'anorexie, peuvent apparaître à tout niveau d'IMC :

« J’ai posté [dans un forum web sur l’anorexie] une question avec plusieurs réponses, ‘quelle est la taille de votre pantalon ?’ Au début, il n’y avait que des 38, 36, 34 et quand j’ai vu qu’il y en a qui commençait à mettre des 42, 44, je me suis dit... qu’il y avait autant de filles qui portaient du 38 que du... du 42, donc je me suis dit ‘je suis pas la seule dans mon cas’, donc j’ai appris à accepter en fait... qu’une fille obèse, elle peut être anorexique mentale. » (resp. 123).

Dans le cas des autres troubles, la relation avec l’IMC constaté est plus complexe. La médiane ne permet guère de distinguer l’anorexie des TCA-NS (troubles non spécifiés), mais la distribution est symétrique dans le premier cas (médiane au milieu de la boîte), et dissymétrique dans le second (médiane dans le bas de la boîte, donc inférieure à la moyenne, signalant hétérogénéité parmi les observations plus hautes). La boulimie se caractérise par une grande dispersion de valeurs de l’IMC constaté (étalement de la boîte et longueur des moustaches) avec dissymétrie (moustaches supérieures plus longues que les moustaches inférieures, et positionnement en haut des observations atypiques).

Si l’IMC « idéal » se situe souvent en dessous de l’IMC constaté (médiane plus basse, quel que soit le trouble), la Figure 6 met au jour une dispersion inégale, avec des valeurs de l’IMC idéal assez homogènes pour les personnes atteintes d’hyperfagie et de TCA-NS, mais plus hétérogènes pour l’anorexie et, surtout, la boulimie. Une légère dissymétrie apparaît dans le cas de l’anorexie, la médiane étant positionnée en haut de la boîte, suggérant que malgré la présence de quelques valeurs très basses, la plupart des participants souhaitent un poids correspondant à de la maigreur légère, non extrême (au sens de l’OMS, voir § 2.1.1).

La Figure 6 fait aussi apparaître la faible dispersion (partie centrale très concentrée, moustaches peu longues) et la symétrie (médiane au centre de la boîte) de la distribution de l’IMC considéré comme « sain », confirmant ce qui a été dit plus haut (§ 5.1.1) sur l’intériorisation de la norme médicale par cette population. Presque toutes les valeurs se

trouvent à l'intérieur de l'intervalle considéré « normal » par l'OMS, et sont concentrées entre 19 et 21, pour tous les troubles (même si la médiane est un peu plus basse pour l'anorexie).

5.2. Réseaux et image du corps

La corpulence telle que l'individu se la représente, ne coïncide pas nécessairement avec le verdict de la balance, ou la conformité à des standards établis par les institutions de santé. *Être* gros ou mince au sens médical n'est pas la même chose que *se trouver* gros ou mince, ou *l'apparaître* aux yeux des autres : des facteurs psychologiques tout autant que sociaux et culturels entrent en jeu (de Saint-Pol 2010). Dans un contexte de connectivité numérique, des facteurs tels la structure et la taille des réseaux personnels construits à l'aide d'internet peuvent influencer les différents aspects de l'image du corps.

En particulier les troubles alimentaires, surtout l'anorexie mentale, sont fréquemment associés à une forte insatisfaction corporelle et à une perception altérée de sa corpulence (Moscone 2013). Ces aspects, que la recherche psychologique et psychiatrique ramène à deux dimensions – attitudinale et perceptuelle – de l'image du corps, sont propres à chaque personne et peuvent être indépendants de tout indicateur codifié et partagé comme le poids ou l'IMC. En d'autres termes, tout en ayant un poids « normal » au sens de l'OMS et en connaissant l'IMC correspondant, une personne peut se sentir trop grosse, ou peut désirer être plus mince.

5.2.1. La corpulence vécue et l'image du corps

Pour saisir l'étendue de ces décalages auprès des usagers des sites web consacrés aux troubles alimentaires, le questionnaire en ligne incluait, en plus des questions sur le poids

et la taille, une échelle d'auto-évaluation consistant en une série de neuf silhouettes. Il s'agit des classiques *Body Image Obesity Scale* (BIOS) de Stunkard, Sorensen, & Schulsinger (1983) allant d'une figure très maigre (n. 1) à une figure très corpulente (n. 9) (Figure 7). Conventionnellement, dans la recherche sur la corpulence, ces figurines sont utilisées pour extraire des indications sur l'écart entre le corps perçu et le corps idéal souhaité par les participants. L'objectif est de repérer le vécu et les représentations subjectives du corps, au-delà de toute mensuration objective, et par là, de faire apparaître des enjeux sociaux : l'adhésion à des normes, le contrôle et l'influence par les pairs, les inégalités d'accès aux ressources informationnelles, matérielles, et médicales. Pour ce faire, à trois reprises les participants à l'enquête ANAMIA étaient invités à choisir une figurine qui les représentait. D'abord, ils sélectionnaient la silhouette qui à leur avis mieux *décrivait* (D) leur état actuel—leur perception personnelle. Ensuite, ils sélectionnaient leur corps de *choix* (C)—leur silhouette souhaitée. Enfin, ils sélectionnaient la silhouette qu'« *on dit* » (O) leur correspondre—l'image que selon eux, d'autres personnes se feraient de leur corps.

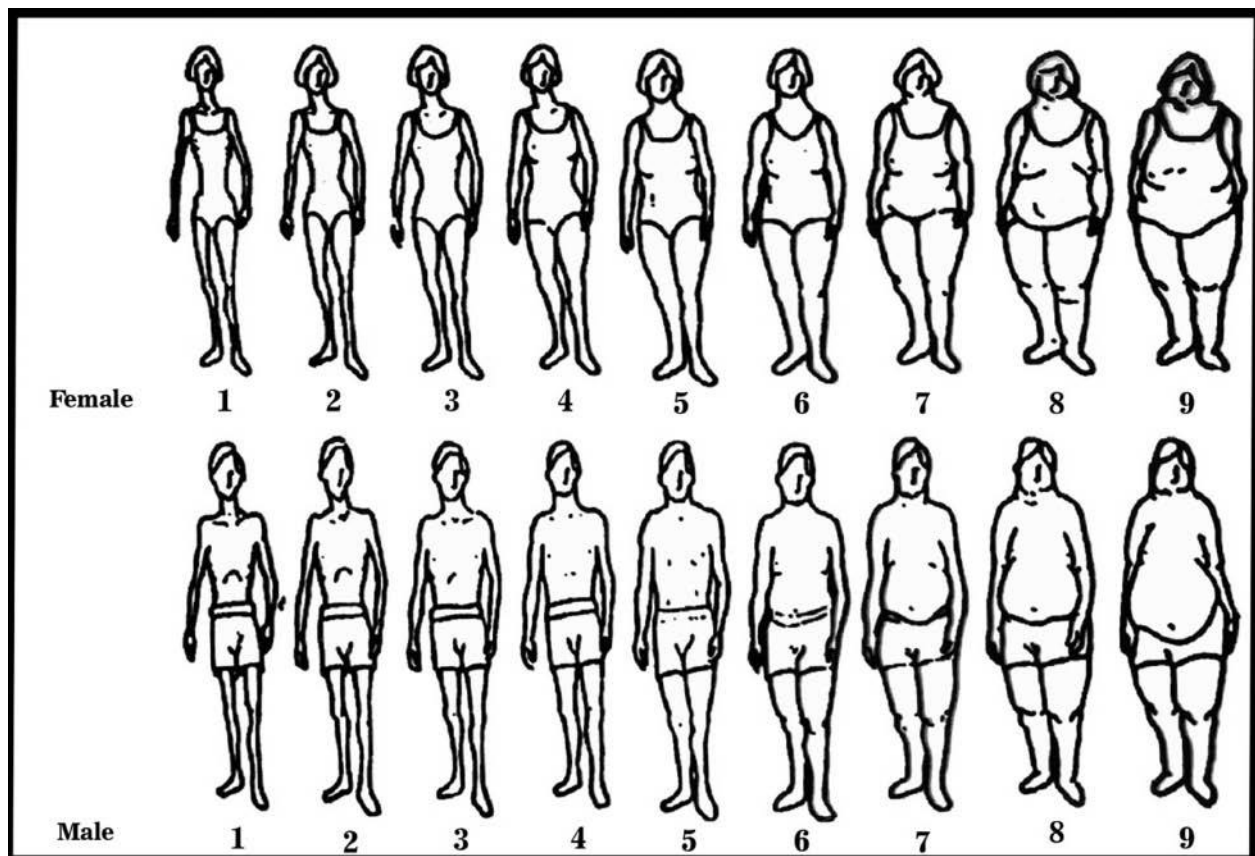


Figure 7 - Figurines de Stunkard (femmes/hommes). Le participant doit répondre à trois questions en sélectionnant pour chacune une figurine sur cette échelle : (D = *décrire*) « Si j'avais à me *décrire*, je dirais que ma silhouette est comme... » ; (C = *choisir*) « Si je pouvais *choisir*, j'aimerais avoir une silhouette comme... » ; (O = *on dit*) « Le plus souvent, *on dit* que je ressemble à... ». Source : Stunkard, Sorensen, & Schulsinger (1983).

Des recherches précédentes sur la population générale ont établi que les silhouettes 1 – 4 correspondent à des IMC relativement faibles (sous-poids et poids normal), tandis que les silhouettes 5 – 9 correspondent au surpoids et à l'obésité (Bulik, Heath et al. 2001 ; Cardinal, Kaciroti et al. 2006 ; Lo, Ho et al. 2012).

Comment les internautes atteints de troubles alimentaires qui ont participé à notre enquête se sont-ils situés sur cette échelle ? La perception de soi (variable D) de ceux dont le poids et la taille indiquent normalité ou surpoids au sens de l'OMS, est en accord avec leur propre IMC, car ils ont été très nombreux à sélectionner des silhouettes de niveau intermédiaire ou élevé. Cette cohérence d'ensemble est conforme à ce qui a été

observé dans la population générale, comme souligné plus haut (Bulik, Heath et al. 2001). Mais un tiers des personnes qui, sur la base de leur poids et leur taille, seraient classées comme en situation d'insuffisance pondérale, se décrivent par des silhouettes de niveau 5 et plus—suggérant que leur perception s'écarte d'indicateurs comme l'IMC. Ce résultat résonne avec la littérature scientifique qui a montré que les personnes avec une anorexie mentale (plus souvent en situation de sous-poids, comme nous l'avons vu plus haut), tendent à surévaluer leur poids (Moscone 2013 : p. 18). Ainsi, par exemple, une participante à notre enquête dont l'IMC est de 18,7 (à peine au-dessus du seuil séparant le sous-poids de la normalité selon les standard de l'OMS), répète plusieurs fois en entretien qu'elle « se sent grosse », à tel point que :

« Je fais attention aux vêtements que je porte, j'essaie de porter des vêtements qui montrent pas trop... mon apparence. Je suis plutôt féminine, mais je ne porte pas des vêtements trop moulants parce que... je me sens très grosse. [...] J'aime bien faire du shopping, mais je n'aime pas essayer les vêtements, parce que... je sens que ça ne me va pas et que ça me fait paraître grosse. » (resp. 81).

Dans la quasi-totalité des cas de sous-poids, la représentation de la perception des autres (variable O) correspond aux silhouettes 1 et 2, sans jamais dépasser la 4 (Figure 8) : O s'avère donc ici une meilleure approximation de l'IMC, par rapport à D. Mais l'inverse est vrai pour les personnes de poids normal : les valeurs de O restent entre les niveaux 2 et 4 pour la plupart d'entre elles, ce qui correspond globalement à une sous-estimation (quoique légère) de leur IMC. L'explication réside peut-être dans l'histoire des troubles, souvent caractérisée par une alternance de phases de restriction et de compulsion, avec des fluctuations importantes du poids corporel. En effet, plus de la moitié des répondants de poids normal déclarent avoir atteint auparavant un poids minimum qui correspondrait à un IMC inférieur à 18,5, c'est-à-dire à de la maigreur au sens de l'OMS : leurs contacts sociaux ont peut-être intériorisé cette situation, et continuent de voir de la minceur, là où

au sens strictement médical, il y a eu retour à un poids normal. Finalement, les valeurs de D et O des individus en surpoids se distribuent assez uniformément entre les niveaux 4 et 9 ; remarquablement, leurs évaluations reflètent assez bien l'IMC calculé sur la base de leurs poids et taille déclarés, et sont globalement de bons prédicteurs de leur état de surpoids.

La plupart des participants à notre étude, quel que soit leur IMC, souhaitent avoir une silhouette mince (variable C, image du corps idéale), inférieure à 4 (Figure 8). Ces choix ne sont guère spécifiques aux troubles alimentaires, ayant été observés dans des échantillons plus larges et sans pathologie avérée, et résultant sans doute des pressions sociales vers la minceur qui touchent la population générale (Bulik, Heath et al. 2001).

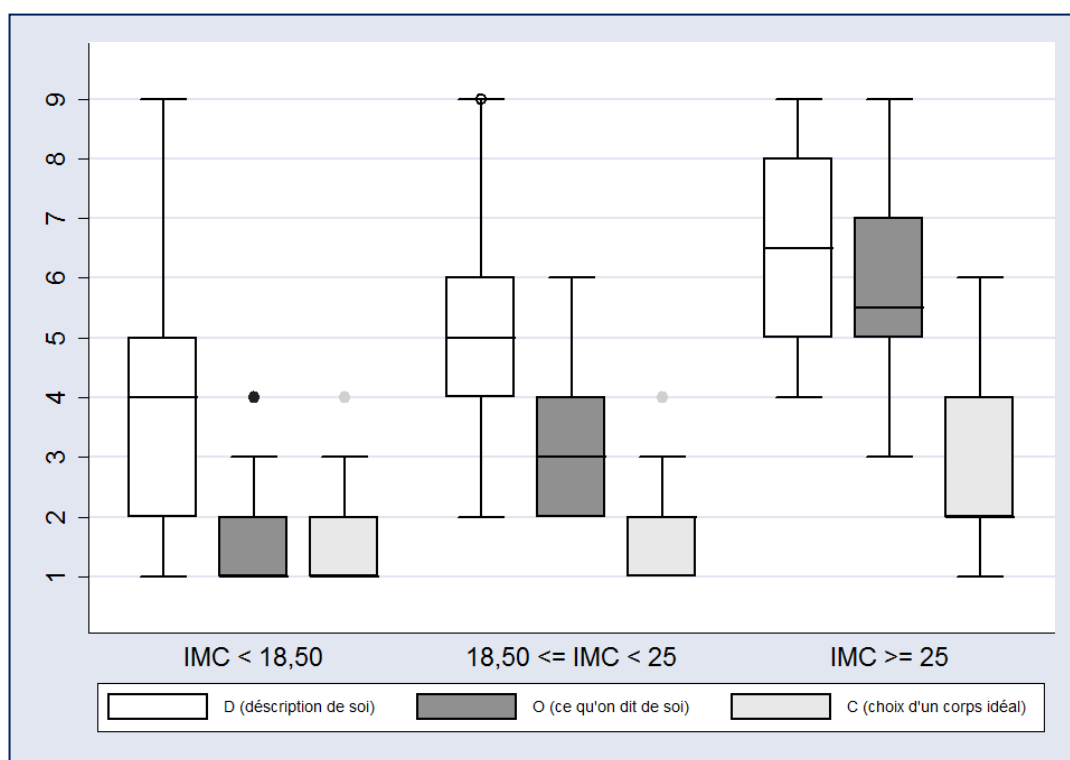


Figure 8 – Distribution des valeurs de D, O et C selon l'IMC. Les observations sont regroupées en fonction de l'intervalle auquel elles appartiennent : IMC < 18,50 (sous-poids), 18,50 ≤ IMC < 25 (poids normal) et IMC ≥ 25 (surpoids). Lecture : la médiane des observations de D (description de soi) des personnes en sous-poids (IMC < 18,50) est de 4, et 50% des observations se situent entre 2 et 5, les autres occupant tout l'intervalle autorisé 1 – 9. Au sein de ce même groupe, la médiane des observations de O (représentation de soi par autrui) et C (choix d'un idéal) est 1, et les observations sont très concentrées, entre 1 et 2 sans jamais dépasser 4. Source : élaboration des auteurs sur données de l'enquête ANAMIA (n = 136).

La connaissance de D (*description* de soi), C (*choix* d'un corps idéal) et O (ce qu'« on dit » de soi) permet de calculer l'indicateur D-C, comme mesure de l'insatisfaction corporelle (composante attitudinale de l'image du corps). Un score positif indique un désir d'être plus mince, un score négatif un désir d'être plus corpulent. A son tour, D-O (dimension perceptuelle de l'image du corps) est l'écart entre la description de soi et l'image que l'on se voit attribuer par les autres. Ces variables dérivées aident à éclairer le rôle des facteurs sociaux, notamment des relations et des interactions avec autrui, y compris en ligne, dans l'expérience de la corpulence vécue et des comportements qui en résultent.

L'écart D-C varie en fonction de l'IMC (Figure 9, volet gauche). Cet écart, indicateur d'insatisfaction corporelle susceptible de stimuler des comportements alimentaires risqués, prend une gamme très large de valeurs chez les personnes en situation d'insuffisance pondérale. Ce groupe, on l'a vu, surestime D tout en choisissant des valeurs très basses de C (silhouettes 1 et 2 principalement), ce qui peut déboucher en des valeurs de D-C positives et très élevées : par exemple, certains se décrivent avec la silhouette n. 9, la plus corpulente, mais désirent être comme la silhouette numéro 1, la plus maigre. La perte de poids résultant de l'anorexie est parfois explicitement interprétée comme un rapprochement de son idéal :

« J'ai toujours été complexée par mon corps, et là... je sais pas vraiment pourquoi... j'étais en stage et... le midi, je ne mangeais plus. Et... je voyais que j'arrivais à maigrir et à avoir une image un peu... enfin, qui se rapprochait de mon idéal. Et... voilà, j'ai continué comme ça. » (resp. 78).

Dans ce groupe il y a des personnes qui veulent grossir, des valeurs *négatives* de D-C pouvant traduire une envie de guérir. Les personnes dont l'IMC est considéré normal ont majoritairement des écarts D-C positifs mais relativement petits, correspondant au souhait d'un corps un peu (mais pas beaucoup) plus mince – conformément à ce qui a été

observé dans la population générale. En revanche, les personnes en surpoids veulent toutes évoluer vers des silhouettes plus minces, parfois avec un écart D-C très important. Ces résultats confirment l'importance, déjà soulignée, de ne pas limiter l'attention aux personnes en situation de maigreur extrême, l'insatisfaction corporelle pouvant être aussi élevée dans d'autres cas :

« C'est quand même nécessaire de faire savoir que même les personnes qui ne sont pas maigres ou qui ont pas besoin d'une hospitalisation en urgence sont tout aussi mal. Et il y a beaucoup de tentatives de suicide à cause de ça. Il y a des personnes qui sont dans un IMC normal, mais qui se trouvent grosses, qui sont mal dans leur peau, et ça dérive facilement à des envies de mourir et aux tentatives de suicide. » (resp. 21).

L'écart D-O, dimension perceptuelle de l'image du corps, est toujours positif, et parfois très large, chez les personnes en situation de sous-poids (Figure 9, volet droit) : en effet comme indiqué plus haut, elles surestiment D mais évaluent plus précisément O. Elles sont toutefois conscientes de la divergence entre leur propre perception de leur corps et celle que leur renvoie leur entourage, se reflétant dans le regard des autres :

« Quand on fait 35 kilos et qu'on achète un livre sur l'anorexie... on est persuadée que la vendeuse, elle doit se dire 'ben celle-là, elle ferait mieux d'avoir d'autres lectures'. Ou alors si ça se trouve, elle s'en fout [...], mais pour moi, il y avait quand même une certaine honte, une peur [...] C'était un peu bête, mais... c'est vrai que tout ce qui était livre sur la maladie, après, je les ai commandés par internet. C'était beaucoup plus facile pour moi que de me confronter au regard des autres. Ils avaient déjà tendance à se retourner sur moi dans la rue donc si en plus je venais pour ce genre de chose, c'était encore pire. » (resp. 13).

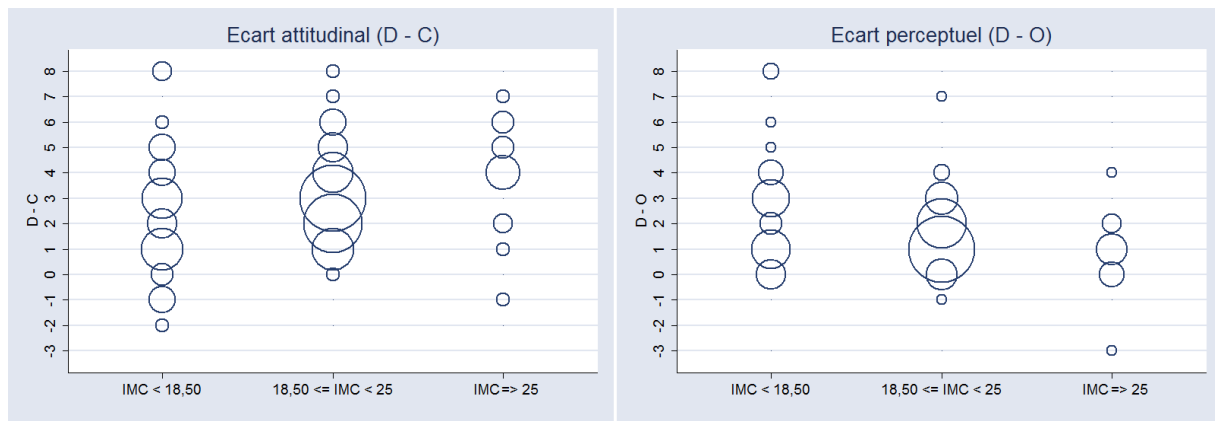


Figure 9 – Ecart attitudinal et écart perceptuel. Le volet gauche représente la différence entre image du corps perçue et image du corps idéale (D-C, en ordonnées), en fonction de l'IMC, regroupant les observations en fonction de l'intervalle auquel elles appartiennent : $IMC < 18,50$ (sous-poids), $18,50 \leq IMC < 25$ (poids normal) et $IMC \geq 25$ (surpoids). Chaque bulle correspond à une combinaison entre catégorie IMC et valeur de D-C, la taille des bulles étant proportionnelle au nombre de personnes concernées. Lecture : peu nombreuses sont les personnes dont l'IMC est inférieur à 18,50, et dont la valeur de D-C est égale à 8. Le volet droit représente la différence entre image du corps perçue et image du corps renvoyée par autrui (D-O, en ordonnées), en fonction des catégories de l'IMC (en abscisses), définies comme ci-dessus. La taille des bulles est proportionnelle au nombre de personnes correspondantes à chaque combinaison. Lecture : peu nombreuses sont les personnes dont l'IMC est inférieur à 18,50, et dont la valeur de D-O est égale à 8. Source : élaboration des auteurs sur données de l'enquête ANAMIA (n = 136).

5.2.2. Image du corps et réseaux sociaux

Les signaux envoyés par l'environnement social d'une personne atteinte d'un trouble alimentaire peuvent-ils contribuer à une prise de conscience, aidant à ajuster sa perception en fonction de celle des autres ? Cette question est importante dans une perspective d'évolution qui, à terme, pourrait faciliter un parcours de reprise de contrôle et de soins. A première vue, ces signaux paraîtraient avoir un effet ambigu. D'une part, le jugement d'autrui pourrait faciliter une prise de conscience et une meilleure capacité d'auto-évaluation. D'autre part, le rapport avec autrui peut prendre la forme de comparaisons susceptibles de renforcer des comportements à risque. Par exemple, dans les milieux du sport (compétitif) et de la danse (professionnelle), où l'exigence de performance exige parfois une maîtrise très stricte de son poids et de son alimentation :

« Il y a plus de compétition [...] et comme en plus, on est entre filles donc à tout le temps, en parler, à se comparer donc ça accentue encore plus. » (resp. 100).

La force relative de ces effets contrastants dépend des réseaux personnels des individus. Une personne ayant un réseau personnel important, reçoit des sollicitations et des indications d'un grand nombre de personnes, et dispose de plus d'informations auxquelles pouvoir confronter son propre jugement ; elle sera donc plus à même de le corriger en cas de décalage trop important par rapport aux messages qu'elle reçoit des autres. La pluralité de sources permettra aussi de relativiser et trouver un compromis, entre les voix qui valorisent la minceur, et celles qui mettent en garde contre les risques. Ces effets positifs sont pourtant estompés dans le cas des individus ayant des réseaux personnels très denses, où tous sont en contact avec tous : dans une telle situation, les opinions et les jugements circulant dans le réseau sont moins diversifiés, et il devient plus difficile de corriger les biais. En termes plus techniques, en prenant en compte autant les indicateurs d'images du corps que les métriques des réseaux personnels de nos répondants, une plus grande taille du réseau correspond à des écarts attitudinal (D-C) et perceptuel (D-O) plus petits, tandis qu'une plus forte densité s'accompagne d'écarts plus larges²⁶. Ce résultat résonne avec ce qui a été dit plus haut sur l'accès au soutien social par les réseaux : pour obtenir de l'information, de l'accompagnement, de l'aide matérielle ou du soutien émotionnel, les personnes affectées de troubles alimentaires s'appuient sur des structures de relations à faible densité, séparées les unes des autres. Nous avons vu qu'en présentiel, ces relations sont individualisées, basées sur la confiance, tandis que sur le web, elles sont regroupées en de petites cliques étanches, sans contacts entre elles (§ 4.2.2).

Le rôle des communautés en ligne, et des groupes que l'on a coutume d'appeler « pro-ana » se précise alors. En faire partie aide à augmenter la taille de son propre réseau personnel, de sorte à bénéficier des retours d'un plus grand nombre de sources, tout en

²⁶ Cette analyse est développée dans Pallotti, Tubaro et al (2016).

gardant une densité faible, dans la mesure où ces groupes restent séparés des autres composantes de son entourage social. Ainsi la multiplicité et la variété des contacts peuvent compenser les excès éventuels :

« Quand je suis rentrée dans la communauté 'pro-ana'... ben, j'ai pensé aussi au problème de santé. Mais je suis une personne assez responsable et assez mature pour me dire que, quand j'aurais atteint le début des problèmes de santé, je saurais en parler aux autres pour qu'ils me fassent arrêter. Mes parents aussi... Je sais que ma famille saura m'arrêter quand il le faudra. » (resp. 123).

L'expérience d'internet, s'articulant avec les interactions en face-à-face sans les remplacer, permet une maîtrise de la distance sociale, telle que les membres d'une communauté web « pro-ana » se sentent protégés du regard d'autrui (« Je préfère qu'il y ait une certaine distance... celle de l'écran internet est très bien », resp. 78), de sorte que l'on évite l'expérience de la « tendance à se retourner sur moi dans la rue » (resp. 13). Et si l'on retrouve en ligne des formes de comparaison interpersonnelle et de compétition (des personnes postant leur prise de calories au quotidien, leur progression dans la perte de poids, etc.) on peut atténuer la pression sociale qui pourrait en résulter en modulant sa participation, se limitant à lire sans s'impliquer davantage (s'inscrire, poster des messages, commenter) :

« J'ai peur que les filles là-bas, enfin, me poussent à être plus stricte envers moi... même si c'est juste par internet. Donc je préfère ne pas m'inscrire. » (resp. 21).

C'est une manière de bénéficier de l'expérience des autres (effet de la taille du réseau) sans subir les contraintes d'une densité forte, auxquelles il peut être plus difficile d'échapper. Et finalement, la participation active elle-même peut s'avérer, pour celles qui en font l'expérience, une source de régulation et de contrôle du risque, justement en raison de la multiplicité et de la variété des cas qui y sont représentés :

« [Les filles du forum] essaient de ne pas grossir, mais pas non plus se faire maigrir à mort. On essaie de s'avertir, de donner des conseils ou de mettre le 'holà !' quand une personne va trop loin. Enfin, de dire quand quelqu'un a fait quelque chose de dangereux, de lui dire, quoi. Des fois, ça freine un peu. [...] Une personne qui dit qu'elle va jeûner toute la semaine, on lui dit de faire attention, d'essayer de manger quelque chose. » (resp. 66).

5.2.3. Ce que l'image du corps nous dit sur l'« apologie » de la maigreur extrême

Revenons maintenant au volet droit de la Figure 9, qui montre que l'écart entre D et O est plus faible chez les personnes ayant un IMC plus élevé, et peut devenir même *négatif* dans des situations de surpoids : dans certains cas, l'image attribuée par les autres peut être plus grosse que celle qu'on se donne soi-même. Sachant que ce groupe tend à s'auto-évaluer de manière assez cohérente avec leur IMC (variable D – voir ci-dessus), ce résultat pourrait traduire un effet de stigmatisation sociale. Les discours sur l'« épidémie d'obésité », relayés dans les médias, entrent dans la perception commune et finissent par dévaloriser les personnes concernées (Poulain 2009). Les participants à notre enquête, invités à s'exprimer sur ce point, font preuve d'avoir intériorisé cette manière de penser – malgré leurs affirmations sur l'acceptation de son corps :

« Je pense que... je... je me suiciderais si j'étais obèse ! » (resp. 81).

« Quand je croise un obèse dans la rue, je me sens toujours un peu concernée parce que je pense que, si je ne vomissais pas, je serais obèse depuis longtemps. [...] J'ai toujours un peu peur de devenir obèse. » (resp. 65).

On peut donc faire l'hypothèse que la personne concernée par des troubles alimentaires, qui est en surpoids ou obèse, se rend compte que le regard des autres amplifie, en quelque sorte, sa corpulence apparente. Cet effet est à mettre en relation avec l'écart parfois important entre D et C constaté auprès de cette catégorie, et l'insatisfaction corporelle qui

peut conduire à adopter des comportements risqués. Une participante, dont l'IMC est près de 30 (seuil de l'obésité au sens de l'OMS), explique que son entrée dans la communauté web a été :

« Un combat contre mon obésité [...]. C'est quand on arrive au poids critique et qu'on a plus de solution [...]. Je suis rentrée dans la communauté pour perdre mes problèmes d'obésité, pour être comme les autres. Je veux dire, en bonne santé. [...] Je ne peux pas dire que je me plais dans la maladie parce qu'en fait je suis désolée d'en être arrivée là dans ma vie. En même temps, soit c'est ça, soit c'est l'obésité ». (resp. 123).

Ce dernier constat jette de la lumière sur l'un des points les plus controversés des usages « pro-ana » sur internet, à savoir les messages constituant un encouragement à la perte de poids et à la restriction alimentaire. Au vu de ces résultats, si certaines personnes, sur internet, louent l'anorexie mentale, ce n'est pas toujours parce qu'elles en font vraiment l'expérience, mais parce que elles en rêvent, comme s'il s'agissait d'une sortie potentielle du surpoids accompagné de compulsions alimentaires et de vomissements, perçus comme honteux, et dont elles se sentent affectées. Ainsi contextualisés, les propos de cette participante souffrant de crises de boulimie très fréquentes au moment de l'enquête, prennent une autre signification, quand elle rit en avouant qu'elle voudrait :

« [évoluer vers] l'anorexie. Ou tout au moins arrêter les vomissements et arrêter de manger n'importe quoi. » (resp. 131).

Ce n'est donc pas l'anorexie, le trouble alimentaire, qu'elles vantent, mais la fin des fluctuations entre « manger sain » et « crises »... donc la fin du trouble alimentaire même. Assurément, les internautes affectés par ces pathologies ne sont pas à un paradoxe près. Le sens des déclarations « pro-anorexiques » tant déplorées par les médias se modifie sous nos yeux : elles ne traduisent pas le signe d'une épidémie de maigreur extrême que l'internet propagerait à toute adolescente naïve, mais le cri au secours d'une population mal connue, stigmatisée, et parfois en surpoids.

6. Médecins, système de santé et émergence du « pro-ana »

Les études sur le web des troubles alimentaires qui ont précédé notre travail de recherche se basaient sur un postulat implicite selon lequel le « pro-ana » est principalement un épiphénomène de la culture du numérique. C'est à cause d'internet et de sa liberté sans freins qui autorise toute prise de parole problématique, que cette communauté se serait constituée et inscrite dans la continuité malgré les tentatives de répression ou de réglementation.

Or, cette prémisse est mise en cause par les résultats de notre enquête. Ces derniers pointent un autre facteur causal de la durabilité des sites web consacrés aux troubles alimentaires, à savoir les défaillances des systèmes de soins actuels. Face aux coupes dans les dépenses publiques et aux contraintes budgétaires des Etats, qui pèsent de manière croissante sur les services de santé publique, des usages numériques spontanés et, pour ce fait même, alarmants, émergent pour pallier aux manques ressenties ou réels des organismes censés assurer des prestations de santé.

Cette explication est confortée par le rôle prépondérant que les médecins semblent encore jouer dans le quotidien et dans les structures sociales des internautes vivant avec des troubles des conduites alimentaires. Contrairement à une idée reçue, ces derniers ne seraient pas animés par une envie de mettre en question les savoirs médicaux, au travers d'un refus de l'intermédiation des professionnels de la santé ou par un effort actif de diffuser sur internet de la désinformation potentiellement dangereuse. Si une distance s'installe entre praticiens et internautes atteints de troubles alimentaires, elle ressemble plutôt à une forme de revendication d'usagers face aux carences de l'offre sanitaire actuelle en matière de prise en charge de l'anorexie et des troubles apparentés.

6.1. La nouvelle place des professionnels de santé

Le danger que des sites web promeuvent l'anorexie comme un style de vie au lieu de la décrire comme une maladie a été évoqué à maintes reprises dans les débats publics. Est-ce vraiment le cas ? Dans quelle mesure les auteurs et utilisateurs de ces sites refusent-ils (ou elles) de se reconnaître malades ? Comment vivent-ils leur rapport à la médecine, à ses normes, et à ses professionnels ? Perçoivent-ils leurs relations en ligne (et le soutien qu'ils peuvent en obtenir, voir § 4.2.2) comme une alternative au recours aux soins ? Autrement dit, est-ce dans le but de fuir les médecins que ces personnes se replient dans un « entre-soi » d'internautes atteints de trouble mentaux, peut-être peu informés en matière de santé ? Pour répondre à ces questions, il est maintenant essentiel de se pencher sur l'accès aux soins, le rapport des internautes à la médecine, et leurs relations avec celle-ci par rapport à d'autres sources de soutien.

6.1.1 Le suivi médical : des situations variées

Malgré le poncif de l'internaute « pro-ana » qui refuse l'intervention des médecins, la réalité est autre : la moitié des participants à l'enquête ayant déclaré avoir un trouble alimentaire sont suivis médicalement, ou l'ont été dans le passé (v. § 5.1.1). Globalement, ce pourcentage montre un niveau de médicalisation comparable à ce qui a été documenté dans des enquêtes antérieures, portant sur l'anorexie mais sans nécessairement s'intéresser aux effets potentiels du web (Keski-Rahkonen, Hoek et al 2007). On ne peut pas tirer la conclusion, suggérée hâtivement par les médias, que l'utilisation de sites « pro-ana » est inévitablement associée à une diminution du recours aux soins médicaux.

Lorsqu'il existe, le suivi tend à être de longue durée, avec une moyenne de 48 mois, mobilisant de multiples professionnels de la santé, généralement en même temps. Le médecin traitant joue un rôle important, à la fois dans la phase initiale de dépistage du

trouble et dans la première orientation vers des spécialistes, et plus tard dans l'accompagnement, à côté de services plus ciblés. 30% des personnes suivies citent des psychiatres, en raison bien sûr de la classification des troubles alimentaires comme troubles de la santé mentale, mais aussi, en partie, à cause des modalités de prise en charge par la sécurité sociale française (couvrant le suivi psychiatrique mais non pas les prestations d'autres professionnels comme le psychologue ou le psychanalyste). Parmi les spécialistes moins souvent citées, on trouve l'endocrinologue, le pédiatre, le gynécologue, le gastro-entérologue ; et plus rarement des professionnels non-médecins comme l'infirmier. Certains répondants affirment aussi être (ou avoir été) hospitalisés, généralement dans des structures psychiatriques, parfois à plusieurs reprises.

Les raisons du suivi médical, lorsqu'il existe, sont variées et souvent multiples. Parmi les personnes qui sont suivies, seulement 60% le sont spécifiquement pour leurs troubles alimentaires, et encore moins nombreux sont ceux dont le trouble déclaré correspond très exactement à la raison du suivi. Ce résultat reflète en partie des écarts entre diagnostic médical et auto-diagnostic des personnes concernées, mais il est aussi indicatif de modalités spécifiques de la prise en charge. Les comorbidités sont fréquentes : un trouble alimentaire est généralement détecté lors d'une prise en charge pour un autre problème, souvent relevant aussi de la santé mentale, comme la dépression ou les tentatives de suicide, et plus rarement l'auto-mutilation ou des phobies sociales ou scolaires.

Certains participants ont une histoire de troubles alimentaires qui remonte très en arrière dans le temps, parfois jusqu'à la petite enfance. Pour eux, les raisons du suivi ont donc évolué dans le temps. Quelques-uns motivent le recours aux soins par la pression de leur entourage, particulièrement de leurs parents :

« C'est pas moi qui ai choisi d'aller voir un médecin [...]. On m'a obligée vu que j'ai pas 18 ans » (resp. 81).

Certains ont même été motivés par les membres de leur forum en ligne :

« L'hospitalisation... quand on disait sur un forum qu'on allait se faire hospitaliser, les gens nous encourageaient. On disait qu'on avait peur, qu'on voulait pas y aller et tout ça. Et bien, c'est vrai que tous les gens nous disaient, 'ils sont là pour t'aider, c'est pour te soigner, t'es malade, il faut que tu sois prise en charge, tu dois remanger'. Donc, c'est vrai que, pour ce côté-là, ça a aidé vraiment. » (resp. 13).

Toutefois, 20% des participants ayant un trouble alimentaire ont été suivis par le passé, mais ne le sont plus actuellement. Il s'agit d'un taux d'abandon assez important parmi des personnes qui ne croient pas être guéries. Le suivi s'arrête quand la personne est insatisfaite, mais aussi, parfois, pour des raisons personnelles sans lien direct avec le trouble :

« Mon suivi psy s'est fini il y a deux semaines, car je pars faire mes études dans une autre ville à la rentrée ». (resp. 131).

Dans certains cas, l'absence de suivi peut traduire une peur, une résistance aux soins qui s'accompagne souvent des troubles de l'alimentation, et que les médecins connaissent depuis bien avant internet. Mais il peut résulter aussi d'une crainte de se sentir jugé par ses proches – indépendamment du rapport avec le médecin :

« Je suis pas prête à [consulter un professionnel de santé] [...] Ça impliquerait sûrement que je doive en parler à mes parents [...]. Enfin, je pense que j'y vais pas, juste parce que je dois en parler à mes parents. » (resp. 90).

6.1.2. Le rejet des institutions médicales est un mythe

Les résultats présentés jusqu'ici indiquent que la naissance d'un mouvement en ligne s'inscrivant en faux contre la médecine et développant des savoirs alternatifs, n'est pas au rendez-vous. Qu'elle fasse l'objet des craintes d'un certain journalisme alarmiste ou de

l'idéalisation romantique d'une partie du monde universitaire friand de postures critiques du « biopouvoir », cette éventualité a été largement exagérée.

Nous venons de voir qu'un encadrement médical sur plusieurs années et par plusieurs professionnels concerne une partie importante des contributeurs de communautés web sur les troubles alimentaires. Qui plus est, la présence des professionnels de santé n'est pas toujours subie par ces internautes, mais bien souvent intégrée dans leur horizon social. 20% de nos participants ne se sont pas limités à répondre aux questions spécifiques sur le suivi : dans leur sociogramme (§ 4.1), ils ont cité au moins un médecin, thérapeute ou autre professionnel de santé parmi leurs contacts (Figure 10). La moitié de ces internautes en a cité plusieurs, tous rencontrés en face-à-face dans les six mois précédant l'administration du questionnaire.

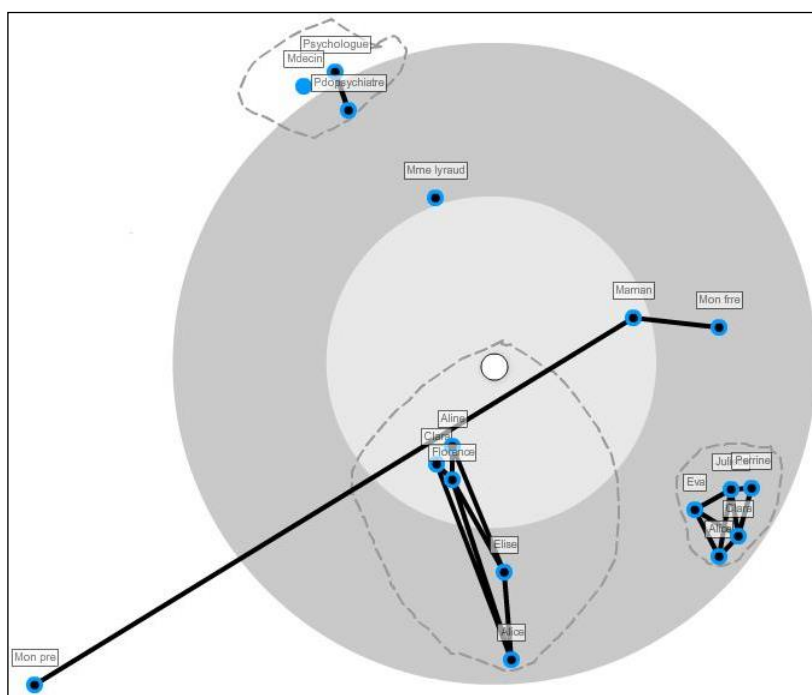


Figure 10 : le réseau personnel en face-à-face d'une participante. On distingue clairement (en haut, à gauche), un cercle regroupant les trois professionnels de santé qui la suivent : médecin, psychologue, et pédopsychiatre. Source : projet ANAMIA.

Que les noms de plusieurs médecins ou d'autres professionnels figurent dans les réseaux personnels des enquêtés, est un signal important du fait que le suivi médical revêt une signification sur le plan personnel et affectif. Il ne s'agit pas seulement d'un constat factuel ni de relations qui s'opposent aux autres liens et interactions sociales. Au contraire, elles sont intégrées dans les réseaux sociaux des individus.

On voit alors apparaître une contradiction entre la pensée conventionnelle qui voit la participation aux sites web et groupes de discussion en ligne dits « pro-ana », comme opposée au système médical, et les résultats de l'enquête qui montrent comment ces usagers développent une véritable relation avec leurs médecins. Deux variables l'attestent. La première est la proximité émotionnelle entre les internautes « pro-ana » et leurs contacts appartenant au corps médical ou professionnels de santé : trois quarts de ces derniers sont décrits comme « proches » ou « très proches ». La seconde est le recours à des personnes issues de professions médicales et paramédicales en cas de crise de santé : la moitié des médecins déjà cités parmi les contacts en face-à-face ou sur internet sont cités à nouveaux dans les « scénarii de crise » proposés à la fin du questionnaire (voir § 4.2.2) comme des personnes auxquelles l'on voudrait parler, surtout dans les cas de problèmes pour lesquels un soutien essentiellement informationnel (plus qu'émotionnel ou matériel) est recherché.

Le recours aux médecins, psychologues et infirmiers pour obtenir des renseignements, des conseils, ou même des astuces, est révélateur. Ces professionnels sont vus comme les dépositaires reconnus de connaissances bio-médicales. Il faut s'adresser à eux en cas de problèmes exigeant un avis ou une indication, alors qu'on s'adressera à ses parents pour se faire conduire en voiture en cas d'hospitalisation, ou à un ami proche pour se faire reconforter. Il ne s'agit pas de rejeter en bloc l'apport de la médecine, mais plutôt d'en mobiliser les connaissances tout en les intégrant dans sa sociabilité – y compris en ligne.

Nous voyons apparaître un rôle du médecin non pas comme meneur, mais comme accompagnateur de l'expérience d'acquisition et d'appropriation progressive des connaissances relatives au trouble :

« [Ma thérapeute est] comme un garde-fou en fait, parce que tout ce qu'elle me dit, je le sais déjà. C'est des choses sur lesquelles on se perfectionne avec la maladie en fait. » (resp. 12).

Le recours concomitant à des communautés web de pairs ainsi qu'à des professionnels de la santé est loin d'être perçu comme contradictoire. Les personnes interviewées dans le cadre de notre enquête suggèrent la complémentarité des deux apports. Pour la recherche d'information en ligne, les sites web autogérés par les personnes souffrant de troubles alimentaires s'inscrivent dans un continuum d'usages avec les sites créés ou validés par des établissements médicaux. Les internautes « pro-ana » consultent les sites web estampillés par les autorités de santé publique ou affichant des marques de rigueur scientifique pour avoir « des réponses précises ». Ce besoin de repérer de l'information de qualité rend nombre de ces personnes des lecteurs aguerris de rapports officiels, des ressources fournies par le PNNS (Plan National Nutrition Santé) et par le Ministère de la Santé :

« J'ai beaucoup parcouru le site du Ministère de la Santé par rapport à tout ce qu'on doit manger normalement dans une journée. » (resp. 31).

« Le site du Ministère de la santé, par exemple, qui donne des liens vers des sites... Je m'appuie surtout sur ce que me disent les médecins. C'est des repères importants dans ma vie (...). C'est une présence rassurante, en fait. » (resp. 65).

6.1.3. Déserts médicaux : trouver sur internet ce que le système de santé ne donne pas ?

Un autre poncif relatif au « pro-ana » doit donc être remis en cause : ce n'est pas en développant des savoirs du corps alternatifs, voire en créant leurs propres normes nutritionnelles, que les membres de communautés web centrées sur l'anorexie ou la boulimie essaient de donner un sens à l'expérience de leur trouble alimentaire, mais bien en cherchant à se rapprocher des savoirs biomédicaux. Une séparation des rôles et des fonctions s'établit. D'une part les communautés de personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire facilitent la prise de contact et l'entraide par internet entre personnes vivant les mêmes situations de détresse. De l'autre la recherche, parfois complémentaire, parfois contradictoire, de solutions et de méthodes de contrôle des troubles mêmes, reconnues comme de la « vraie aide », se fait auprès des professionnels de la santé :

« Après, c'est sûr que [dans les communautés web « pro-ana »]... j'y trouverais sûrement du soutien et tout ça, mais je ne pense pas que ça m'aiderait vraiment... Donc [un] professionnel de la santé, ça serait mieux pour essayer de régler tout ça. » (resp. 90).

Néanmoins, il ne faudrait pas croire que cette recherche (quand elle est pratiquée) soit la marque d'une acceptation passive du discours médical de la part de ces internautes. Les utilisateurs de sites web et de forum « pro-ana » cherchent à exercer une maîtrise sur l'information scientifique en agissant sur les modalités mêmes de sa collecte et de son partage dans des archives et recueils en ligne :

« On avait créé un forum, enfin un blog, sur ça, pour essayer de mettre toutes les études américaines qui sortaient là-dessus. [...] Parce qu'on avait mis un mot sur un mal et il y a beaucoup de personnes qui disaient 'ah, c'est donc ça dont je souffre et personne me prend au sérieux'. Donc, ça a permis de recueillir des témoignages. Malheureusement, comme on n'était pas médecins, bon, voilà, on n'avait pas de solutions. » (resp. 103).

La presse a parfois caricaturé les sites web « pro-ana », où des tendances autodestructrices auraient champ libre, alors que les témoignages des membres font plutôt état d'un besoin de limiter les propos négatifs et de maintenir un ton apaisé, qui atténue la détresse des auteurs et lecteurs :

« Il y en a plein [de commentaires] qui sont vraiment pas... pas sympas du tout ou qui font enfoncer les gens. » (resp. 93).

L'une des fonctions les plus importantes que le partage des ressources médicales exerce alors est la sélection des publics mêmes des sites « pro-ana ». Afin de filtrer l'accès à ces communautés par des personnes non atteintes de troubles alimentaires (les *wannarexics*, ou « régimeuses » attirées vers ces sites web par les récits morbides circulant dans les médias généralistes, mais aussi des faux profils d'utilisateurs ou des critiques malveillants), des mécanismes de vérification sont mis en place. Parfois il s'agit de partager des photos et des récits ou de participer à des activités communes pour attester de son « authenticité » (Boero & Pascoe 2012). Dans d'autres cas, la création de binômes constitués de nouveaux membres (« newbies ») et d'anciens, permet à ces derniers d'exercer un rôle de guide et d'évaluer par la même occasion l'aptitude du nouvel arrivant à s'adapter à l'esprit de la communauté web (Williams & Riley 2013). Dans ce dernier cas, le recours à un référent médical peut faire office de sésame :

« [Pour accueillir une nouvelle personne dans un forum] déjà, je vérifierais qu'elle est suivie. Parce que le problème, en fait, quand on accueille des personnes qui ne sont pas suivies sur un forum, c'est qu'on se sent responsable d'elles et ce n'est pas notre rôle. » (resp. 35).

Les postures critiques à l'égard de la médecine institutionnelle se manifestent non pas par un refus des savoirs scientifiques, mais par une demande d'amélioration de la qualité du service pour les structures existantes. Le reproche le plus courant consiste

à souligner le manque de *soft skills* (« compétences douces »), ou les carences en termes de formation sur les troubles alimentaires des médecins généralistes.

« S'il y a un message qu'il faudrait faire passer, ce serait de dire aux médecins d'écouter les anorexiques et les boulimiques. Ce sont pas des personnes futiles qui ne s'attachent qu'aux apparences. Ça cache un vrai mal-être. » (resp. 13).

Dans le discours de nos enquêtés, ces compétences seraient tant bien que mal assurées par les autres personnes atteintes de troubles alimentaires avec lesquelles on échange sur les forums ou autour des sites web. Une meilleure inscription des aspects humains et sociaux dans la pratique clinique, constamment souhaitée par les internautes, entrainerait-elle une meilleure prise en charge des conduites alimentaires problématiques ? Ces communautés d'internet semblent en effet être aussi animées par un souci de réconcilier le savoir médical avec l'expérience de leurs membres. Elles associent une expressivité souvent douloureuse et dérangeante de la détresse, à la recherche de connaissances rigoureuses fournies par le professionnel de la santé, au besoin de ne pas « parler dans le vide », d'avoir un retour de la part des membres de la communauté en ligne. Leur réputation de bastions du refus des normes médicales n'est donc certainement pas justifiée.

Certains internautes affichent une préférence pour les services présentiels et encadrés par des médecins, mais, en leur absence, fréquentent les communautés constituées en ligne autour des troubles alimentaires faute de mieux :

« S'il y avait un groupe de réunions par chez moi (...), je me dis que j'aimerais bien aller parler avec des personnes réelles. » (resp. 78).

Alors, la participation à ces communautés en ligne dédiées aux troubles de l'alimentation servirait aussi pour compenser les lacunes des services de soins de santé. Une enquête réalisée par l'AFDAS-TCA comptait en 2006 une quarantaine de structures de soins

spécialisées dans la prise en charge des troubles alimentaires, et une trentaine d'associations de familles et usagers, inégalement distribuées sur le territoire français, des départements entiers en étant totalement dépourvus (AFDAS-TCA & FNA-TCA 2014). Autant pour les usagers résidant dans des villes non desservies que pour les habitants de zones qui pourraient être qualifiées de « déserts médicaux », la disponibilité de communautés en ligne représente une manière de faire face aux besoins ressentis :

« Au départ, moi, je suis venue travailler à Paris pour justement avoir un suivi correct. Et c'est vrai que ce que je déplore, c'est que pourtant, moi, maintenant, je suis à [lieu de résidence], donc ce n'est quand même pas une petite ville, mais pour la prise en charge des troubles alimentaires, il y a absolument rien du tout. » (resp. 13).

La Figure 11 représente la distribution géographique des participants à l'enquête ANAMIA en France, par rapport à la localisation des structures de soins spécialisées et des associations. On distingue des zones à haute densité, avec une présence importante d'usagers de sites web sur les troubles alimentaires et, en même temps, de services médicaux et associatifs, comme l'Ile-de-France et les régions du Nord-Ouest. En revanche, l'on observe une présence tout aussi importante des répondants dans des zones moins bien desservies, voire dépourvues de tout type de service. Cette répartition atteste qu'une partie importante de la demande de soins reste insatisfaite – et c'est à ce moment-là que les personnes atteintes d'anorexie et d'autres troubles se tournent vers internet pour trouver de l'information et du soutien²⁷.

²⁷ Rappelons pourtant qu'en raison de la construction de l'échantillon ANAMIA, non statistiquement représentatif de la population malade, ces données ne permettent pas de tirer la conclusion, plus forte, qu'il y aurait un décalage entre la localisation des structures et celle des personnes concernées par les troubles.

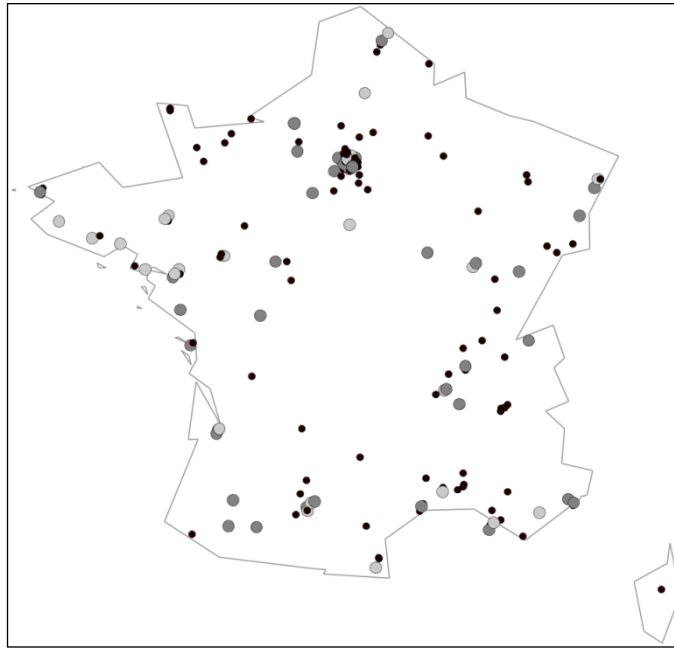


Figure 11 : « Déserts médicaux » et localisation géographique des usagers de sites web « ana » et « mia ». Petits points noirs : participants ANAMIA ; points plus larges, gris foncés : structures de soins spécialisées ; point gris clair : associations. Sources : élaboration des auteurs sur données ANAMIA et AFDAS-TCA / FNA-TCA (2014)²⁸.

Ces besoins se manifestent aussi au travers de l'aspiration à une prise en charge plus adaptée à la variété reconnue des troubles alimentaires, et plus attentive à des troubles mixtes qui n'entraîneraient pas nécessairement la maigreur excessive propre des phases avancées de la seule anorexie :

« J'ai été hospitalisé trois fois, dont deux fois dans des services qui n'étaient pas du tout adaptés à mon genre de problème. Donc, du coup, le bénéfice est assez moindre. » (resp. 12).

« Je pense que, enfin, déjà, on devrait pouvoir accéder aux services anorexie, boulimie des hôpitaux, sans devoir atteindre des poids extrêmement dangereux ou avoir des problèmes de santé graves. » (resp. 13).

Le phénomène « pro-ana » a longtemps été décrit, par les médias et par une partie importante de la recherche scientifique, comme une subculture déviante de malades qui

²⁸ L'AFDAS-TCA a publié une nouvelle version de l'annuaire des services spécialisés en 2016 (<http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/>). Nous faisons ici référence à la version précédente, plus proche de la période de notre enquête.

refusent le soin. Les résultats à notre disposition changent de perspective. Ils nous mettent face à une communauté de personnes en détresse, qui rencontrent des difficultés importantes à accéder à des soins de qualité, qui se heurtent à une compréhension incomplète de leur condition, et qui articulent besoin de soutien et quête d'information de qualité.

6.2. « Apomédiation » et nouveaux équilibres de la e-santé

Nous²⁹ nous trouvons donc face à un phénomène social qui, loin d'être une aberration, *affiche une forte cohérence avec les autres usages d'internet orientés santé* ayant fait surface depuis le début des années 2000. La télémédecine, la e-santé et l'informatique médicale, quoique soutenues par des filières industrielles des plus puissantes, ont été bâties à partir des pratiques de partage de ressources médicales et de *crowdsourcing* thérapeutique au sein de communautés web de personnes concernées par les mêmes pathologies. Et si le « pro-ana », malgré ses postures parfois outrancières et problématiques, était révélateur non pas d'une vague d'obscurantisme anti-scientifique, mais plutôt d'une attente d'autonomie des malades qui traverse les systèmes de santé actuels ?

La recherche à la frontière entre technologies, science et société, documente depuis longtemps les usages d'internet de la part des personnes atteintes de tout type de pathologies pour témoigner de leur condition, pour rechercher de l'information, ainsi que pour alimenter l'intérêt autour de leur situation et faire surgir des solidarités actives. Au sein des systèmes de santé actuels, les patients sont de plus en plus souvent encouragés à raconter leurs trajectoires d'usagers de services médicaux, leur expérience de la maladie. Au travers des outils d'évaluation des services reçus, ou par le biais de portails de santé,

²⁹ Ce chapitre reprend en large partie l'argumentaire développé dans Casilli (2013).

voire sur leurs espaces personnels (profils Facebook, blogs, apps spécialisées) ces récits se font aussi vecteurs de coopération et de prise en charge autonome. Si la mise en commun de l'expérience sur internet recèle un potentiel curatif, les retours et le soutien émotionnel obtenus dans ce contexte ne sont jamais découplés de conseils médicaux. Les témoignages et la recherche d'informations fiables vont de même. Malgré la réputation sulfureuse et la stigmatisation qui l'accompagnent, le « pro-ana » entre alors en résonance avec l'expérience de millions de membres de forums de discussion et d'utilisateurs de plateformes sociales atteints de maladies chroniques, de pathologies rares, ou de syndromes complexes, qui relatent sur le net leurs vies et leurs luttes quotidiennes.

La philosophie qui anime ces communautés en ligne est celle du « malade agissant » qui se sert des technologies à sa disposition pour développer une nouvelle subjectivité politique. Sans nécessairement questionner le pouvoir clinique et ses hiérarchies, les publics de sites web centrés sur les troubles des conduites alimentaires cherchent plus ou moins consciemment à se réapproprier le sens de leur corps que la maladie avait aliéné, et une participation à la vie sociale. Les communautés en ligne autour de l'anorexie et de la boulimie peuvent alors être conçues comme des cas de figure qui expriment de manière directe et dramatique un glissement en cours de la manière actuelle de remettre en cause notre gestion de la santé. Un nouveau partage de savoirs et de ressources techniques entre professionnels de santé et citoyens est déjà en cours (voir par exemple Fainzang 2012 sur le cas spécifique de l'automédication). L'usage des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la biomédecine et la mise à disposition d'informations médicales libres d'accès sur le web ont été saluées comme des occasions de « capacitation » (*empowerment*) des patients.

La transition de la « médecine de chevet » traditionnelle au nouveau régime de médecine équipée par le numérique n'est peut-être pas un processus linéaire, mais plutôt un concert

de voix discordantes. Dans la comparaison des interactions sociales (des patients entre eux, et des patients avec les professionnels de la santé) en face-à-face et des réseaux de contacts sur internet, le recours à des ressources informatiques et à des communautés d'entraide en ligne vise à augmenter le degré d'autonomie et d'indépendance cognitive, fonctionnelle et émotionnelle des sujets concernés par l'expérience de la maladie. Que cette autonomie soit réalisée moyennant la construction de formes différentes et complémentaires de soutien en réseau semble poser problème à l'opinion publique quand elle se penche sur les communautés web « pro-ana ». Pourtant, les tenants et les aboutissants d'autres expériences de démocratie médicale rangés alternativement sous la rubrique de la « santé électronique » ou de la « Médecine 2.0 », n'en diffèrent pas foncièrement, et se doivent d'être évaluées au prisme de ce besoin de prise en main autonome de la santé. Encadrés dans le contexte plus vaste du processus de démocratie sanitaire prônée notamment en France par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (insistant tout particulièrement sur l'« information des usagers du système de santé et l'expression de leur volonté »), les usages numériques des personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires renvoient à une généralisation du droit des citoyens à moduler les soins selon leurs propres exigences. C'est à l'aune de ces considérations que le langage même des sites web dits « pro-ana » doit être interprété, surtout quand il va jusqu'à se charger de colorations politiques et adopter un vocabulaire de citoyenneté : « choix », « liberté », « droits » des personnes atteintes d'anorexie et d'autres troubles.

Néanmoins, cette autonomie et cette capacitation ne conduisent pas à une contestation avérée du savoir biomédical. La norme médicale à laquelle les membres de communautés perçues comme « pro-ana » adhèrent n'est pas une vision utopique et anti-moderne, mais bien une idée « clinique » de la santé. Même quand les prescriptions médicales ne sont pas respectées à la lettre (du fait d'une décision du malade, d'une contrainte pratique, ou

d'une manifestation de la pathologie même) elles sont connues et reconnues comme les seules dispositions valables. D'où l'importance des médecins, qui ne sont pas vus comme des adversaires, mais comme des accompagnateurs de la capacitation des personnes en détresse.

Ce qui se met en scène dans l'internet des troubles alimentaires n'est pas le triomphe de la « désintermédiation médicale », c'est-à-dire le déclin progressif du rôle des intermédiaires entre le patient et l'information médicale, joué jusque-là par les professionnels de la santé. Si l'opinion et la voix profane des contributeurs des sites dits « pro-ana » semblent s'écarter de l'expertise des psychologues, des addictologues, des nutritionnistes, et des experts de troubles alimentaires, la crédibilité et la fiabilité de ces derniers ne sont pas remises en discussion.

A cet égard, les comportements et les attitudes des membres de communautés « ana » et « mia » ne diffèrent pas de celles d'autres usagers d'internet concernés par des questions de santé. Quand ils rencontrent des données médicales provenant d'internet, les patients font encore davantage confiance aux professionnels de santé qu'à des sites non labélisés ou non reconnus par des autorités sanitaires (Rauer 2012).

Même les plus fervents apôtres de la Médecine 2.0 ne cèdent donc pas aux sirènes de la désintermédiation à tout prix. Au contraire, ils s'accordent pour dire que les professionnels de santé et les patients font partie d'un vaste écosystème d'« apomédiation » informatique, c'est-à-dire de « médiation à distance » – du grec *apo* : séparé, détaché, éloigné – qui s'appuient sur les technologies de l'information et de la communication. Les acteurs de l'apomédiation se tiennent prêts à guider l'individu en quête d'information médicale

« vers des informations et des services de haute qualité sans être au départ une condition préalable à l'obtention du service ou de l'information, et avec

un pouvoir individuel de sélectionner ou d'altérer l'information négociée qui est limité. » (Eysenbach 2008).

Les internautes atteints de troubles alimentaires entretiennent alors un rapport spécifique aux professionnels de santé qui ont cessé d'être des médiateurs incontournables et qui ont gagné une nouvelle place. Certains de ces patients connectés affichent une posture proactive et une distance vis-à-vis du discours médical sur le corps et sur la santé. Mais ils recherchent bien plus une complémentarité qu'une fuite ou une réfutation complète du savoir de la médecine. Qui plus est, ils décrivent leurs sites et forums principalement comme des lieux pour « s'occuper de soi » lorsque d'autres lieux ne sont pas accessibles. Les répertoires de ressources en ligne ou les forums de discussion sur la santé, comme nous venons de le voir, s'avèrent être spécialement importants pour les personnes résidant dans des zones éloignées des services spécialisés. Il semble donc que le soi-disant « phénomène pro-ana » est moins le signe d'une pathologie des individus que celui de certaines mutations structurelles des systèmes de santé.

L'univers de la santé se transforme, et les blogs et forums auto-gérés par les personnes vivant avec les troubles alimentaires sont une manifestation de cette tendance plus générale, dont la signification et les issues possibles ne sont pourtant pas encore très claires. Si, malgré une posture parfois polémique, les communautés d'acteurs de la santé connectée ne peuvent pas être considérées comme des groupes totalement antagonistes par rapport à un biopouvoir médical, le regard doit se porter non pas sur les éléments de rupture mais sur les modalités d'articulation possible entre les différents acteurs impliqués dans ce processus.

7. Conclusions

La recherche dont ce livre a exposé les enjeux et les résultats principaux, s'attaque aux discours sur le « pro-ana » qui ont animé les débats publics en France et à l'étranger au cours des quinze dernières années. Elle prend du recul, montre ce phénomène sous un jour nouveau, et aboutit à des résultats inattendus, qui s'inscrivent en faux contre les allants-de-soi des médias, souvent appropriés et instrumentalisés par les décideurs politiques. Il s'agit maintenant de reprendre ces résultats et leurs bases théoriques et méthodologiques, pour en tirer les conséquences non seulement en termes d'avancées du savoir, mais aussi, et surtout, d'action publique. Cette réflexion s'ouvre sur une discussion plus vaste sur les enjeux citoyens de l'étude et le lien de confiance qu'elle crée entre les chercheurs et une multiplicité de parties prenantes : les personnes vivant avec un trouble alimentaire, les proches, les médecins, les associations, le législateur, et même les professionnels de la communication et des médias. La responsabilité du chercheur est engagée, devant concourir, en interaction avec ces différents acteurs, à la formation d'une expertise susceptible d'apporter un bénéfice réel.

7.1. Une perspective de recherche originale

Commençons par rappeler les aspects novateurs de notre recherche, qui a pris le parti de s'éloigner résolument du récit des médias et de leurs cris d'alarme, pour porter un regard scientifique sur ce phénomène aux facettes multiples – médicales tout autant que sociales et technologiques. Une discussion sur ce qu'est une approche « scientifique » (et son applicabilité à l'humain et au social) dépasserait les objectifs de ce livre ; il suffira ici d'insister sur notre effort d'aller au-delà des idées reçues, de ne pas en rester aux apparences, pour faire apparaître la complexité, les nuances et les ambiguïtés inhérentes à

toute forme de vie associée. Pour ce faire, nous n'aurions pas pu nous limiter à l'observation de contenus des sites web, blogs et pages personnelles, comme d'autres l'avaient fait auparavant (§ 2.4) en prenant parfois au pied de la lettre les propos à l'allure provocatrice qu'ils y trouvaient : pour que ces contenus prennent sens, il fallait aller plus loin et faire parler leurs auteurs, lecteurs et commentateurs. Il fallait regarder comment leurs relations et interactions façonnent leur vécu – par rapport à leur corps, leur maladie, leur alimentation et, bien sûr, leur présence en ligne. Cette posture engendrait de nouvelles questions, aussi bien méthodologiques qu'éthiques, qu'il convient maintenant de rappeler.

7.1.1. Le choix méthodologique: aborder l'anorexie par les réseaux

Notre étude s'inscrit dans une perspective de sciences sociales, et en choisissant ce sujet, nous devons aussi nous positionner par rapport à la sphère médicale. La place de la sociologie dans l'espace de ces discours ne va pas de soi, et d'autres chercheurs ont déjà dû revendiquer activement un rôle dans l'étude de la corpulence, l'alimentation et la maladie mentale (Darmon 2003, Darmon 2005, de Saint-Pol 2010). Bien que l'importance des facteurs sociaux dans les troubles de l'alimentation ne fasse plus guère de doute aujourd'hui, la perspective propre aux sciences humaines et sociales se n'accorde pas toujours avec celle des approches biologiques, médicales et psychologiques, et ne se limite pas au rôle simplement contextualisant qu'elle se voit souvent attribuer. Pour relever ce défi, notre choix a été de regarder le « pro-ana » sous l'angle de la constitution d'une communauté de relations en ligne, mettant en avant la sociabilité, les réseaux et les usages numériques, et laissant en toile de fond les aspects médicaux, physiques et psychologiques. Nous n'avons pas non plus abordé le contexte clinique – du moins non directement. Nous avons pu ainsi nous frayer un chemin vers une légitimité ancrée dans

notre expérience de recherche dans des domaines propres aux sciences sociales. Bien entendu, nous démarquer n'impliquait pas fermer la porte à des passerelles interdisciplinaires potentiellement enrichissantes : au contraire, nous avons bénéficié d'échanges fructueux avec les médecins et les autres personnels soignants (nous y reviendrons : § 7.3).

C'est aussi par rapport à d'autres perspectives relevant des sciences humaines et sociales, que nous avons pris nos distances. L'explication sociologique traditionnelle individualise les structures sociales, comme le genre, l'âge ou la profession, en les transformant en des attributs de l'acteur (Abbott 1997, 2001). C'est une manière relativement fonctionnelle de prendre en compte des rapports sociaux et des inégalités de distribution de pouvoir, permettant d'établir la probabilité d'observer certains comportements, notamment de santé, selon qu'un sujet est (par exemple) femme ou homme, jeune ou âgé, ouvrier ou cadre. Mais cette approche qui réduit tout le social au niveau de l'individu et de ses caractéristiques propres, oublie que la source de l'action est parfois à rechercher dans le milieu social qui entoure l'individu. Par exemple, avoir autour de soi un nombre à peu près égal d'hommes et femmes, plutôt qu'un réseau homogène, change la forme ou la force des effets de genre dans chaque cas particulier. Il en va de même pour d'autres variables, telles âge, origine, orientations, valeurs, etc. C'est dans la prise en compte de ces aspects interactionnels que l'approche par les réseaux sociaux, que nous avons adoptée, s'avère d'une grande utilité. Elle met au premier plan les relations et les interdépendances, en plus et au-delà des variables individuelles et des grandes catégories macro-sociales. En s'intéressant aux « acteurs sociaux dans un monde social » (Crossley 2011), liés entre eux et transformés par le vivre ensemble, elle concrétise ce qui est au fond un pilier de la théorie sociologique depuis ses œuvres fondatrices (Simmel 1999 [1908]), mais que les méthodes classiques peinaient à opérationnaliser (Abbott 2001).

Nous avons voulu étendre l'application de l'approche par les réseaux aux interactions assistées par ordinateur. C'est un pas que jusqu'à très récemment, les chercheurs ne franchissaient pas souvent. Si comme nous le rappelions plus haut (§ 2.3), la locution « réseau social » est devenue en langage courant synonyme de « service de communication électronique », les effets du numérique sur le lien social sont restés longtemps très controversés (Casilli 2010). Le cas des personnes ayant des troubles alimentaires, traditionnellement peu socialisées, était une excellente opportunité de revenir sur cette question. En agencant différentes méthodes d'enquête - du *web crawling* à des questionnaires en ligne et entretiens en profondeur – nous avons pu comparer la sociabilité en ligne de ces personnes à l'ensemble de leurs liens, et réfléchir à l'articulation entre les deux (§ 3 et 4).

7.1.2. La visée éthique de l'étude

Il ne fait nul doute que toute étude entreprise dans le cadre de la recherche publique, se doit de contribuer aux objectifs partagés de la collectivité, mais l'interprétation des contenus et des limites de cette fonction s'avère délicate. Les multiples facettes de l'activité scientifique peuvent générer des défis spécifiques ou des tensions entre différents objectifs. Nous avons alors réfléchi aux effets possibles de notre étude à chaque étape. Un premier enjeu a été la collecte de données personnelles, d'autant plus délicate que dans notre cas, elle avait trait à des questions sensibles (la santé), et concernait en partie des personnes mineures. Le droit reconnaît les besoins des chercheurs mais exige le respect de procédures spécifiques (notamment l'obtention d'une autorisation de la CNIL, Commission Nationale Informatique et Liberté, pour laquelle nous avons bénéficié du conseil d'une juriste et d'un philosophe spécialiste d'éthique (Chardel 2013)). Il fallait en particulier assurer l'anonymat des répondants, et obtenir leur permission à utiliser les

données après leur avoir bien présenté l'enquête (« consentement éclairé »), en précisant en particulier qu'il s'agissait d'une étude sociologique sans aucune retombée thérapeutique directe.

Le choix que nous avons fait d'utiliser des dispositifs techniques (un questionnaire web auto-administré pour la collecte des données de réseau, incluant un outil de visualisation, suivi d'entretiens par téléphone ou via webcam : § 3.1, § 4.1.1) était une précaution de plus pour mettre à l'aise les participants, potentiellement vulnérables, en vue d'établir avec eux un lien de confiance. Une rencontre en face-à-face, potentiellement très révélatrice de traits même intimes, aurait pu exacerber la position « d'autorité » de l'enquêteur dans l'étude, ou être perçue comme intrusive surtout vis-à-vis de jeunes personnes en détresse (Chardel 2013). Aussi, elle aurait pu dévoiler à l'entourage des enquêtés des informations que ces derniers ne souhaitaient pas partager. Les conséquences auraient pu être très sérieuses, surtout dans le cas de familles et de proches n'ayant pas nécessairement connaissance du trouble alimentaire. La présentation de soi pratiquée en ligne par nombre de ces internautes ne nous exonérait pas de ces précautions, car se raconter sur internet n'est pas comparable aux formes de récit de soi qu'exigent le questionnaire ou l'entretien en profondeur. Les dispositifs numériques permettaient alors de mitiger ces effets en évitant ou du moins en minimisant les conséquences sur le vécu et la vie sociale des participants.

Mais notre responsabilité ne saurait s'interpréter seulement en termes de rapport au terrain. Malgré les efforts que font les chercheurs en sciences sociales pour trouver un juste milieu entre adhérence à leur sujet d'étude et exigences d'impartialité (le principe de « neutralité axiologique » remontant à Max Weber (2003 [1919])), force est de reconnaître que la production de connaissance est rarement une simple description du phénomène social d'intérêt, et produit des représentations qui peuvent avoir caractère performatif. Le

regard du chercheur impacte l'objet même de l'étude, l'oblige à s'adapter, à prendre en compte les intentions et les finalités implicites dans l'acte même de la recherche. On ne doit alors pas négliger les conséquences que peut avoir la diffusion de la connaissance ainsi produite, les usages que peuvent en faire différents publics, les conclusions qu'elle autorise en appui des politiques publiques. Conscients de ces enjeux, nous avons dès le départ choisi de prendre en main ces effets tant que faire se peut, et formulé l'objectif explicite d'aboutir à des recommandations en matière de politique. Dans un contexte de développement de la *e-santé* (§ 6.2), même sans nous situer dans une perspective clinique, nos découvertes en matière de sociabilité en ligne et de réseaux sociaux auraient pu aider à redéfinir des solutions concrètes de soin. Nous ambitionnions aussi à contribuer à la réflexion sur la gouvernance du web, notamment en ce qui concerne la parole problématique en ligne et la liberté d'expression. Cette volonté de présence active dans le débat public, nous le verrons (§ 7.4), a été un défi majeur, nous confrontant à une multiplicité d'acteurs aux intérêts disparates, et en nous obligeant à une réflexion poussée sur la place socio-politique de la recherche et les frontières entre valorisation des résultats et engagement civique.

7.2. Des connaissances nouvelles

Ce regard nouveau a changé notre manière de voir le phénomène social et médiatique que la presse et les personnalités politiques qualifiaient de « pro-ana ». Ce qui suit résume brièvement les apports principaux de la recherche exposée dans ce livre, en montrant comment la démarche adoptée s'est avérée fructueuse.

7.2.1. L'existence du « pro-ana » est mise en cause

Nous n'avons pas pu trouver de preuve susceptible d'étayer la conclusion définitive que

les utilisateurs de sites web sur les troubles alimentaires sont animés par une envie de faire de l'« apologie de l'anorexie » en la revendiquant comme un mode de vie. Des contenus présentant l'anorexie sous un jour favorable existent, certes, mais ils sont souvent le signal de conditions de santé qui se sont empirées, la simple restriction alimentaire ayant laissé le pas à un mélange de comportements vécus comme plus troublants et honteux, comme les vomissements et l'usage excessif de laxatifs. Dans d'autres cas, ils sont la manifestation d'une détresse, étant parfois vécus comme un rempart contre la souffrance que le trouble entraîne : si malgré tant d'effort, l'horizon de la guérison reste lointain, autant se faire l'illusion qu'il est bien d'être malade. La même personne, dans l'incohérence qui souvent caractérise ces troubles, peut se retrouver à dire en même temps être « pro-ana » et vouloir guérir. Et il n'est pas rare de constater que d'aucuns se définissant comme « pro-ana » veulent simplement dire « ayant une anorexie », sans pour autant attacher une connotation positive à leur état. Bref, ces postures fort diversifiées et ambivalentes traduisent un malaise profond, plus qu'une croyance perverse.

Même lorsqu'ils sont présents, les contenus allant à l'encontre de la norme médicale ne remportent pas l'adhésion inconditionnelle de tous les participants des communautés en lignes centrées sur les troubles alimentaires. La « thinspiration » est ainsi bien présente, mais peut être mise en arrière-plan, comme dans le cas des membres d'un forum qui choisissent d'effacer des messages dévalorisant le surpoids, dans un souci de respect pour ceux d'entre eux qui pourraient en être blessés. Et, malgré l'admiration souvent explicitement portée aux témoignages des personnes en restriction, il ne s'agit pas pour autant d'une attitude acritique : quand quelqu'un semble être allé trop loin dans le jeûne, la purge ou l'exercice physique, les autres le mettent en garde. Le « pro-ana » ne peut donc pas s'affirmer en tant que style de vie ou parcours d'autodestruction, tant que les

internauts opèrent ce type de vigilance collective les uns sur les autres. Certains usagers ont tellement intériorisé cette dynamique, qu'ils utilisent délibérément les forums et les blogs en ligne comme un garde-fou : ils se confient aux autres, dans l'espoir de se faire signaler des conduites potentiellement trop extrêmes, et de pouvoir ainsi mieux les contrôler (§ 5.2). De ce fait, les sites web autogérés par des personnes vivant avec des troubles alimentaires sont moins des occasions de prise de risque que des dispositifs socio-techniques de gestion dudit risque.

D'autre part, les récits de certaines pratiques alimentaires extrêmes comme les compulsions, fréquents en ligne, sont perçus comme des manifestations de souffrance et de crise, qui ne sauraient susciter de l'admiration. Ce sont des épreuves, vécues avec douleur et même honte, surtout lorsqu'elles s'accompagnent de l'expression d'intentions suicidaires. En parler en ligne relève davantage d'une quête d'empathie et de soutien émotionnel, que d'une volonté de donner l'exemple (§ 4). Entre la solidarité et le rejet, quand l'ambiance devient très sombre, il arrive souvent qu'une partie (parfois importante) des membres partent, pour rejoindre une autre communauté en ligne. Au lieu de gagner des participants à travers une démarche d'« apologie », les sites web qui hébergent ces contenus extrêmes, tendent donc à l'inverse à en perdre à cause des scismes et des départs de leurs membres historiques.

L'apparition de commentaires et de discussions visant à désamorcer des comportements perçus comme dangereux (restriction extrême), la modération des messages (effacement des communications d'un forum) et même la migration entre différents sites en ligne, sont des formes d'*auto-régulation* qui émergent spontanément, sans intervention des travailleurs sociaux ou des professionnels de santé, par le simple partage des expériences et des connaissances en ligne. Sans plan ni formalité, l'impact des contenus les plus controversés est freiné, et des échanges plutôt modérés tendent à émerger (Casilli,

Rouchier & Tubaro 2014). Dans l'ensemble, donc, rien ne nous permet de conclure à une *diffusion massive et incontrôlée* de croyances ou de conduites à risque.

Nos résultats contribuent aussi à dissiper la crainte que la fréquentation de contenus soi-disant « pro-ana » s'oppose à la recherche d'un suivi médical : nous avons vu que plus de la moitié de nos enquêtés étaient suivis au moment de l'étude, une bonne partie d'entre eux ayant déjà été suivis auparavant. Même parmi les autres, la demande de soins est importante, émanant surtout des personnes vivant loin des grands centres spécialisés, ayant des troubles plus rares, ou étant en des situations personnelles particulières (par exemple les plus âgés). Ces pourcentages sont relativement élevés, sachant que la résistance au soin caractérise les troubles de l'alimentation depuis toujours, indépendamment de tout effet d'internet (Vitousek, Watson & Wilson 1998) (§ 6.1).

C'est une conclusion importante de notre étude qui, en regardant les usagers derrière les contenus, et en mettant l'accent sur les relations entre eux, a fait apparaître ces mécanismes de régulation interne. Des conséquences cruciales en dérivent, dans la mesure où l'appellation même de « pro-ana » s'en retrouve mise à mal, ne pouvant guère rendre compte de la galaxie de postures et attitudes des usagers de ces sites web, et des ambiguïtés et nuances qui caractérisent leurs interactions. Le discours tenu pendant longtemps par les médias, et approprié par une partie de la classe politique, doit alors être profondément révisé.

C'est pour cette raison que nous avons fait le choix, annoncé au début de cet ouvrage (§ 1), d'utiliser le label « pro-ana » avec prudence, en le mettant toujours entre guillemets. Ce faisant, nous voulions subtilement avertir nos lecteurs de la fausseté inhérente à cette appellation, sans pour autant perdre de vue les discours tenus par les médias et les controverses qu'ils ont suscitées. Désormais, il serait temps de renoncer définitivement à cette terminologie.

7.2.2.Des effets d'influence mitigés, voire inexistants

Si les propos présentant l'anorexie sous un jour favorable sont moins diffusés que les médias ne le laissent parfois entendre, il faut bien admettre que certains contenus en ligne ne sont pas sans susciter des inquiétudes. Même des récits de vie de personnes qui ne souhaitent que pouvoir parler de leurs souffrances librement et sans jugement, et qui n'ont aucune intention d'influencer les autres, peuvent s'avérer troublants en raison de la nature même des pratiques décrites. Une adolescente va-t-elle apprendre à se faire vomir après avoir lu des témoignages de personnes ayant fait des crises de boulimie ? Peut-il y avoir des phénomènes d'émulation, même non explicitement recherchés ? Voilà la question que chercheurs, médecins, familles et décideurs politiques se posent depuis désormais quinze ans.

La réponse est, pour le moins, ambiguë. Vers le milieu des années 2000, des chercheuses américaines (Bardone & Cone 2006, 2007) s'y étaient attaquées en montrant des sites sur les troubles alimentaires à des étudiants, et avaient observé un effet négatif sur leur image de soi (§ 2.4). Mais ces études ne considéraient qu'un aspect du problème, leurs échantillons étant extraits de la population générale, et ne consistant pas de malades ou d'usagers de sites web sur les troubles alimentaires. Or, la population générale n'a aucune raison d'aller visiter des sites sur l'anorexie mentale et la boulimie, de sorte que cet effet négatif a peu de chances de se produire réellement.

La probabilité qu'un internaute quelconque – non malade et non membre de cette communauté – visite l'un de ces sites par chance ou coïncidence est d'autant plus faible aujourd'hui, que les auteurs de ces sites ont développé des stratégies pour éloigner les curieux, les mineurs, les « régimeuses », et autres visiteurs indésirables. De plus en plus souvent, ils protègent la page d'accueil de leur site par des messages de mise en garde,

invitant le tout-venant à réfléchir et à prendre ses responsabilités avant de rentrer. Ils modifient leurs mots-clés pour ne pas se faire identifier (et éventuellement, censurer) par les moteurs de recherche. Certains vont jusqu'à tenter de se déguiser (faisant croire que l'objet de leur site est autre), ou exigent des demandes d'inscription par mot de passe (§ 3.2.1).

En ligne avec d'autres études internationales des dernières années (Peebles, Wilson et al. 2012), notre recherche indique que les personnes qui constituent le public de ces sites sont déjà malades ou du moins ont déjà développé des symptômes. Dans l'ensemble, l'effet semble opérer en direction inverse à ce qui avait été imaginé : *ce n'est pas parce que l'on regarde des sites web sur les troubles de l'alimentation que l'on tombe malade, mais c'est parce que l'on est malade que l'on va visiter ces sites*. Cette conclusion rejoint la vision des médecins spécialistes de ces pathologies, pour qui les troubles alimentaires sont multifactoriels, et ne peuvent pas être « causés » par la simple vision de contenus.

7.2.3. Sociabilité, information et soutien en ligne

La motivation principale des internautes qui visitent les sites web dédiés aux troubles alimentaires, nous l'avons vu, n'est pas une envie d'exprimer des croyances peu orthodoxes ou de répandre leurs idées ou comportements, mais plutôt la nécessité de rechercher différents types de ressources (§ 4.2). A minima, ils essaient de retrouver avec une sociabilité que la maladie aurait autrement affaiblie. Nos enquêtés sont unanimes : il est très difficile de parler d'anorexie, et encore plus de boulimie ou d'hyperfagie, à ceux qui n'en ont jamais été touchés, y compris les plus proches comme les parents, le conjoint, les meilleurs amis. Les incompréhensions liées aux troubles alimentaires peuvent détériorer des relations et même les défaire : elles sont à l'origine de maintes ruptures, notamment amoureuses. Faire survivre ses relations a un « coût », exigeant

souvent de cacher son trouble. Or ces difficultés sont moins présentes dans les interactions en ligne, surtout avec les pairs qui sont dans la même situation : avec eux, on n'a pas besoin de cacher ses crises, ses petites ruses pour éviter un repas, sa crainte de grossir.

Le coût des liens sociaux qui se tissent en ligne est faible aussi dans la mesure où un engagement actif n'est pas toujours nécessaire : plusieurs usagers se limitent à lire les témoignages des autres, et tout au plus à les commenter. La participation active (écrire des textes, poster des contenus, ou même modérer des discussions dans un forum) est une étape successive, à laquelle ne parvient qu'une partie des internautes. La fréquentation peut être quotidienne, ou plus espacée dans le temps. Cette intégration facile et progressive est un atout spécifique des communautés en ligne, que l'on ne saurait retrouver en face-à-face. Tous peuvent bénéficier des échanges, y compris ceux qui ne sont pas encore prêts à s'exprimer, mais se contentent de « se voir comme dans un miroir » dans les récits des autres.

Cette sociabilité que l'on observe en ligne est essentiellement construite autour de l'alimentation, et peut être vue comme une récupération de ce que Fischler et Masson appellent la « commensalité » (2008). La culture alimentaire (notamment française) est faite non seulement d'ingrédients et de structures des repas caractéristiques, mais aussi de modes d'être ensemble autour de la table. Or la capacité à y participer est menacée lorsqu'un trouble alimentaire survient : les interactions entre pairs en ligne sont alors une manière de se la réapproprier, quoique sous une forme affaiblie, ambiguë, et parfois contradictoire.

Si l'ouverture sociale est un premier atout des sites web dédiés aux troubles alimentaires, un avantage encore plus basique est la disponibilité d'information : la première étape du parcours de découverte de cette partie du web est généralement une quête de

renseignements (§ 4.2.1). Il s'agit d'en savoir plus sur, par exemple, les contenus nutritionnels des aliments, la typologie et les symptômes des troubles alimentaires, les conséquences de long terme. Il existe deux types de sources : d'une part, les services d'information en ligne mis en place par les institutions de santé, souvent très prisés car considérés fiables. Ils surpassent d'ailleurs de loin, dans l'appréciation des usagers, les sites des entreprises privées, comme des chaînes de restauration ou des producteurs alimentaires, dont les intérêts commerciaux suscitent souvent de la méfiance. D'autre part, l'information apportée par les pairs est tout autant recherchée, surtout en ce qui concerne les aspects pratiques et informels : quels shampoings acheter pour contrer une chute de cheveux, quelle est la routine de tous les jours à l'hôpital, comment prendre rendez-vous chez un certain médecin. D'ailleurs avant tout diagnostic formel, les membres de la communauté sont parfois les premiers à avertir une personne qu'elle peut être malade.

La recherche de soutien émotionnel et plus rarement, matériel, est l'étape successive (§ 4.2.2), pour ceux et celles qui arrivent à s'ouvrir un peu plus sur leur blog ou forum, à raconter leurs espoirs et leurs angoisses au quotidien : la compréhension des autres, les petits messages de soutien reçus sur leurs blogs, apportent un grand soulagement, à tel point que ces internautes peinent à y renoncer, même lorsque la décision de se soigner les inviterait plutôt à changer d'ambiance, à ne pas se renfermer dans le monde de la maladie, et finalement, à couper ces liens.

On peut légitimement se demander si l'effet global du soutien est de renforcer les comportements à risque, ou de les désamorcer. La réponse varie avec les différentes phases de la maladie, et de la présence en ligne : si pendant un certain temps, la compréhension des autres peut rassurer une personne et l'encourager à persister dans ses pratiques (par exemple, des conduites restrictives), elle tend à se transformer ensuite en

un système « participatif » d'alerte et d'invitation même explicite à modérer ses comportements, qui peut *in fine*, grâce aux conseils et aux témoignages des membres d'une communauté, accompagner vers les soins et la recherche d'un parcours de guérison. Le soutien contient en soi la potentialité d'aider à faire la part entre soucis liés à l'alimentation et autres – notamment intentions suicidaires – qu'il aide souvent à contrôler et mitiger.

Les personnes atteintes de troubles ont aussi besoin des autres pour s'auto-évaluer. Le regard des autres sur leur propre corps peut les aider à mieux se juger et, éventuellement, à ajuster leurs choix comportementaux et alimentaires (§ 5.1.4). Les personnes dont la perception a été altérée par l'anorexie mentale, qui se voient donc comme plus corpulents que leur indice de masse corporelle ne le suggère, et veulent maigrir davantage malgré un poids déjà faible, prennent conscience de leur propre biais en se confrontant à l'opinion d'autrui. Ceux qui sont en surpoids se rendent compte, par le regard des autres, que la société dévalorise leur état pondéral, et s'aperçoivent des difficultés additionnelles auxquelles ils doivent faire face. Ces effets, naturellement présents en face-à-face, peuvent aggraver les troubles en éloignant les personnes atteintes d'anorexie ou de boulimie de leur proches : se sentir jugés est évidemment une cause de grande souffrance. Mais en ligne, par l'intermédiaire d'un écran d'ordinateur, les usagers se sentent un peu plus protégés. Dans ces espaces numériques, ils ne sont pas stigmatisés – un avantage qu'ils apprécient beaucoup. Ils peuvent ainsi plus facilement élargir leurs réseaux pour bénéficier des retours des autres.

7.2.4. « Stratégies relationnelles » et santé

Les considérations qui précèdent nous conduisent à croire que, plus ou moins consciemment, les usagers du web mettent en place des véritables « stratégies

relationnelles » pour gérer au mieux leur quotidien. Il s'agit comme nous l'avons vu, de tirer parti de la socialité en ligne afin de ne plus se sentir seul, obtenir des renseignements, se faire encourager dans des moments de détresse, comparer ses perceptions et opinions à celles d'autrui pour mieux faire ses choix. Mais il s'agit aussi, pour ces usagers atteints de troubles alimentaires en particulier, de limiter l'exposition aux aspects les plus négatifs du vivre ensemble : le jugement, la pression sociale, le conformisme.

Bien avant la diffusion massive des technologies de la communication et de l'information, la sociologie des réseaux personnels (§ 2.3) avait mis en lumière les effets différentiels de la *connectivité* et de la *cohésion* – deux concepts certes abstraits, mais qui peuvent s'opérationnaliser schématiquement par, respectivement, le nombre de contacts d'une personne (*taille* de son réseau), et le nombre relatif des liens entre ces contacts (*densité* du réseau). D'une part dans des réseaux de plus grande taille, la possibilité d'établir des contacts avec des personnes, généralement plus diversifiées, est plus importante que dans des petits réseaux. Potentiellement, l'individu a donc accès à une variété d'informations, d'opinions, et d'orientations normatives, le mettant plus à même d'évaluer ses propres points de vue par rapport aux autres. D'autre part quelle que soit leur taille, des réseaux à plus forte cohésion – où tous connaîtraient tous ou presque – tendent à favoriser la formation de relations de confiance et d'entraide, mais facilitent aussi le contrôle social et la pression par les pairs (Coleman 1988, 1990). Les communications plus fréquentes et répétées dans un réseau cohésifs peuvent aussi, en raison de processus d'influence inter-individuelle, conduire à une homogénéisation progressive des croyances, opinions et pratiques (Putnam 2000) ; et, dans un réseau où tous se ressemblent, une partie des contacts deviennent « redondants », incapables de fournir à l'individu des opinions ou informations nouvelles (Burt 1992, 2005).

Les usagers du web des troubles alimentaires français jouent, eux aussi, le jeu de la taille et de la densité de leurs réseaux personnels, en essayant en quelque sorte d'optimiser le rapport entre eux. S'ils perdent des amis et rompent avec leurs partenaires, les communications numériques les protègent contre le rétrécissement potentiel de leurs réseaux personnels. Ils créent des contacts en ligne, dont la formation et le maintien sont relativement moins « coûteux », pour accéder à un maximum d'informations, d'opinions, d'avis ; et autant que possible, ils font en sorte que ces contacts (ou les sous-groupes qu'ils forment parfois) ne se côtoient pas (§ 4.2.2). Surtout, les contacts formés dans des espaces de discussions liés aux troubles, comme des forums spécialisés en ligne, restent séparés de tous leurs autres contacts, qu'ils soient à l'école, en famille, ou même sur le web.

La logique de fond est claire : par leurs contacts en ligne et leur usage d'internet, ces utilisateurs essaient de maximiser leur accès à l'information et au soutien des pairs, tout en évitant de se retrouver prisonniers de contextes cohésifs qu'ils pourraient trouver trop contraignants. Les individus ayant des réseaux plus larges et moins denses sont ceux qui gèrent au mieux leur image du corps : comparées à d'autres souffrant des mêmes troubles, leur perception d'eux-mêmes est plus alignée à ce que pense leur entourage, et leur corps désiré est plus proche de leur corps perçu (§ 5.1.3). Leurs comportements alimentaires vont être alors moins problématiques, relativement moins éloignés de la norme sanitaire partagée dans notre société.

Ce résultat n'est pas anodin : il montre que la sociabilité, et les réseaux sociaux, ont un effet sur la santé. Il confirme ce que des recherches sur le soutien social avaient suggéré dans des contextes précédant l'internet : nous avons rappelé plus haut l'étude pionnière d'Alameda en Californie des années 1970, qui avait fait apparaître une association entre réseaux personnels et une plus faible mortalité (§ 2.3, § 4.2.2). Notre recherche s'inscrit

dans la poursuite de la généralisation de cet ancien constat à d'autres cas empiriques, en s'attaquant à la multiplicité des réseaux sociaux d'aujourd'hui, véhiculés entre autre par des communications assistées par ordinateur. La recherche que nous avons menée ne s'est d'ailleurs pas limitée au constat, mais a aussi fait ressortir les mécanismes sociaux – les stratégies relationnelles des usagers – par lesquels la connectivité et la cohésion sociale se répercutent sur la santé. La démarche que nous avons adoptée montre ici ses fruits : il a fallu pour parvenir à ce résultat, comparer les réseaux sociaux généraux et les réseaux des contacts en ligne des mêmes sujets, et il a été tout aussi essentiel de mélanger les méthodes, en menant des entretiens en profondeur à la suite du questionnaire en ligne.

7.3. Améliorer le système de santé par des services en ligne

Les considérations qui précèdent restituent une image moins sombre des sites internet dédiés aux troubles de l'alimentation, que l'on aurait pu initialement imaginer. D'une part, les postures prônant l'anorexie ou la maigreur ne constituent au final qu'une petite niche dans cette galaxie web, se superposant aux contenus exhortant à la guérison, sans que les uns ne l'emportent sur les autres. D'autre part ces mêmes sites constituent des espaces de soutien réciproque, de partage, d'ouverture au dialogue avec autrui, avec des effets potentiellement positifs sur la santé. La portée de ces bienfaits reste pourtant limitée – les pairs n'ayant pas nécessairement toutes les compétences, l'expérience et la capacité pour apporter une aide en toutes les circonstances.

Un changement de perspective peut alors être proposé : au lieu de continuer à sonner l'alarme contre les dangers présumés, mais non avérés, de ces sites auto-gérés par des personnes vivant avec des troubles des conduites alimentaires, il pourrait être utile d'exploiter le potentiel des technologies numériques pour proposer des nouveaux services en ligne, qui continueraient à répondre aux exigences des usagers, mais qui seraient

accompagnés par les professionnels de santé et les associations. Il s'agirait de prendre les aspects les plus positifs du web sur les troubles alimentaires et de les renforcer à l'aide de l'expérience et de l'expertise des médecins, des psychologues, des bénévoles.

Ces services proposeraient des prestations de santé additionnelles, dans le cadre d'un programme de prévention ou en complément aux soins déjà existants. Ils pourraient par exemple mettre à disposition de l'information, offrir une écoute spécialisée, organiser des groupes de parole en ligne, ou encore modérer un forum de discussion. De tels services seraient relativement peu coûteux, ne nécessitant pas de dépenses d'hébergement dans des locaux physiques, ou de déplacement des opérateurs : ils pourraient donc être mis en place avec des budgets limités. Ils auraient l'avantage de l'accessibilité, un grand nombre d'utilisateurs pouvant se connecter, indépendamment de leur localisation géographique et de leur distance par rapport à un centre de soins spécialisés. Qui plus est, ce serait un pas en avant dans la lutte contre les « déserts médicaux » (§ 5.2.3).

De tels services seraient également peu coûteux pour les utilisateurs, non seulement en excluant toute dépense de déplacement, mais aussi en diminuant le coût émotionnel, pour ainsi dire, de la participation. L'un des avantages des réseaux numériques est la possibilité d'observer sans nécessairement contribuer très activement au départ, laissant le participant évoluer progressivement dans la connaissance du milieu, en construisant graduellement un rapport de confiance (§ 6.2.3). Il serait ainsi possible d'attirer même les personnes qui ne se sentent pas encore tout à fait prêtes à s'engager dans un chemin de guérison, ou qui seraient mal à l'aise dans un groupe de parole en face-à-face.

Il y a plus : pouvant se connecter depuis l'intimité de chez eux, les utilisateurs de tels services web pourraient plus aisément maintenir une relative confidentialité autour de leur état de santé. Nous avons déjà mis en évidence la tendance à séparer les espaces de conversation sur l'anorexie et la boulimie sur internet des autres contextes sociaux, en ligne et non

(§4.2.2). Il faut alors que les espaces web où des personnes atteintes de troubles alimentaires côtoient des professionnels ou des associations préservent cette caractéristique. Cela veut dire, en pratique, respecter l'anonymat des usagers, ne pas croiser les données provenant de sources différentes, utiliser des noms d'utilisateur et mots de passe propres et non empruntés à des services d'identification tels Google ou Facebook.

Aujourd'hui, des portails d'information et d'aide en ligne voient le jour dans plusieurs pays, comme la Grande-Bretagne (par l'organisation B-eat, « Beating Eating Disorders ») ou les Pays-Bas (site internet Proud2beme.nl). Ces sites web mettent à disposition des personnes atteintes de troubles alimentaires des espaces modérés, forums ou plateformes de blogs, pour y faire circuler leurs contenus, porter leurs témoignages, libérer leur parole. Même des petites associations locales peuvent développer une présence importante en ligne, comme le font en Italie, entre autres, « Il Bucaneve » et « Midori » (cette dernière s'adressant, avec une page Facebook, aux parents des jeunes ayant des troubles alimentaires). En France, il existe depuis longtemps une permanence téléphonique nationale, co-gérée par des professionnels – psychologues et médecins spécialisés – et des associations de bénévoles. Des tentatives de prolonger ces types de services sur le web commencent progressivement à voir le jour, surtout au niveau local.

Dans cette perspective, nous avons été amenés à prendre contact avec des acteurs du monde associatif et médical en France, et en Europe. Il s'agissait pour nous de mettre les résultats de nos recherches à la disposition des acteurs sur le terrain, qui se battent en première ligne, tous les jours, contre les troubles alimentaires. Notre rapport avec eux s'inscrit dans notre effort de concrétiser un aspect de la visée éthique de notre étude, la mise en valeur et l'utilisation des résultats à des fins d'amélioration du système existant de santé. Il est désormais clair que les technologies numériques peuvent aider les acteurs du

secteur à mieux satisfaire leurs besoins en termes d'instruments de prévention, de dépistage et d'orientation vers les soins. La question est, maintenant, de développer ces services au mieux, en concertation entre les parties concernées, dans un contexte de financements publics limités.

7.4. La bataille pour une approche non punitive de l'anorexie

Au moment de commencer notre étude, nous avions à l'esprit une proposition de loi déposée en avril 2008, visant à « lutter contre les incitations à la recherche d'une maigreur extrême ou à l'anorexie », notamment sur internet. Dans sa première version, proposée par la députée UMP Valérie Boyer, la mesure prévoyait de punir de deux ans d'emprisonnement et trente mille euros d'amende « le fait de provoquer une personne à rechercher une maigreur excessive en encourageant des restrictions alimentaires prolongées ayant pour effet de l'exposer à un danger de mort ou de compromettre directement sa santé » ; ces peines auraient été augmentées à trois ans de prison et quarante-cinq mille euros d'amende en cas de décès de la personne³⁰. Adoptée en première lecture par l'Assemblée Nationale, et discutée longuement à la Commission des Affaires Sociales du Sénat³¹, cette proposition était restée sans suite, et semblait oubliée après quelques années³².

Mais tout à la fin de notre recherche, l'idée de punir revient soudainement. C'est d'abord en Italie en juin 2014 qu'elle refait surface, avec une proposition de loi portée par la députée de la gauche gouvernementale Michela Marzano. Directement inspirée de la

³⁰ Assemblée nationale, Proposition de loi de Mme Valérie Boyer visant à combattre l'incitation à l'anorexie, n. 781, déposée le 3 avril 2008 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion0781.asp>

³¹ Dossier en ligne sur le site du Sénat : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp107-289.html>

³² Une action de veille et prise de conscience avait pourtant été entreprise sous l'égide du Ministère de la Santé, avec une charte d'engagement et la constitution d'un groupe de travail sur l'image du corps : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_anorexie.pdf

proposition française de 2008, cette fois-ci la loi aurait puni d'un an de prison et d'une amende entre dix mille et cinquante mille euros – doublées en cas d'incitation sur des mineurs)³³. Récupérée par le socialiste Olivier Veran, la mesure revient à nouveau en France en mars 2015, nichée dans un amendement du *Projet de loi de modernisation de notre système de santé*, avec une formulation presque identique à celle de 2008 et des peines allant jusqu'à un an de prison et dix mille euros d'amende³⁴. Encore une fois, la cible est l'internet. En Italie, la proposition n'a jamais été inscrite à l'ordre du jour du Parlement, mais en France elle est à nouveau arrivée à franchir le seuil du Sénat, après avoir été votée en première lecture à l'Assemblée Nationale la nuit du 2 avril.

Que faire face à cette surenchère répressive ? Les chercheurs peuvent-ils se limiter à vouloir décrire un phénomène sans le changer ? Doivent-ils se tenir à l'écart des motifs et des discussions des décideurs publics, ou bien ont-ils un devoir d'intervenir ? La recherche sociale peut-elle vraiment être « neutre » ? Il n'est pas toujours facile de trancher, mais dans notre cas, le choix de prendre la parole s'est imposé : les propositions de lois présentées ces dernières années allaient directement à l'encontre des préconisations issues de notre étude—qu'une agence de l'Etat avait financée, sur laquelle nous avons communiqué, et qui était connue aux élus lorsque ces propositions étaient mises en avant³⁵.

Même dans l'hypothèse où notre démarche n'aurait voulu que restituer une réalité sociale, nous n'aurions pas pu accepter les constats des porteurs de ces mesures. Ces derniers postulaient une simple dynamique de cause à effet, selon laquelle des auteurs de

³³ Texte intégral de la proposition (en italien) :

http://www.camera.it/leg17/995?sezione=documenti&tipoDoc=lavori_testo_pdl&idLegislatura=17&codice=17PDL0023240&back_to=http://www.camera.it/leg17/126?tab=2-e-leg=17-e-idDocumento=2472-e-sede=-e-tipo=

³⁴ Première version de la proposition : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2673/AN/1052.asp>

³⁵ Au cours de l'année 2013, quatre élus avaient posé des questions formelles au Ministère des Affaires sociales et de la santé, demandant des clarifications quant à la politique du gouvernement à l'égard d'internet et des troubles alimentaires, citant les résultats de notre étude. Voir § 1, note de bas de page n. 4.

contenus présentant l'anorexie sous un jour favorable, induiraient des usagers (caractérisés exclusivement comme des adolescentes et des jeunes femmes) à adopter des comportements dangereux de restriction alimentaire ou de purge. Or notre recherche met au jour une réalité fort différente, en teintes de gris plutôt qu'en noir et blanc, et jette le doute sur l'ampleur du phénomène d'influence présumé. Elle montre aussi qu'il ne s'agit pas seulement d'anorexie et de minceur : les autres troubles, souvent associés à une corpulence moyenne ou même forte, sont encore plus répandus. Il nous appartenait alors d'alerter le législateur.

Ces propositions de loi présupposaient implicitement que les auteurs des messages prônant la « maigreur excessive » et leurs lecteurs étaient des sujets différents, les seconds étant plus influençables que les premiers. C'est une vision surannée des hiérarchies culturelles, peu cohérente avec la culture du web, où les frontières entre émetteur et récepteur d'un message se brouillent. Les contenus d'un forum portant sur les troubles alimentaires, par exemple, ne sont pas décidés par un comité éditorial, et ne sont pas non plus acceptés sans commentaires et sans arbitrage par les membres. Notre enquête montre qu'auteurs et lecteurs se confondent, étant toujours des personnes concernées par des troubles alimentaires. Ces personnes, parfois très jeunes, souvent malades, toujours vulnérables, auraient pu finir en prison. Leurs familles, déjà en difficulté face au coût élevé d'un trouble alimentaire (dépenses de santé parfois non remboursées par la sécurité sociale, déplacements pour rejoindre un centre de soins spécialisé, achat de nourriture adaptée³⁶) auraient été doublement pénalisées par les amendes. Protéger nos participants voulait aussi dire, alors, exprimer ces inquiétudes.

Notre engagement initial de proposer des recommandations pour le système de santé nous

³⁶ L'AFDAS-TCA, association française des spécialistes des troubles alimentaires, a organisé en 2005 un colloque sur le coût des troubles alimentaires : <http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/images/pdf/6fevrier2015actes2.pdf>

invitait également à faire connaître notre point de vue. L'objet même des discussions parlementaires divergeait fortement de ce que nous avions préconisé : les députés prévoyaient d'emprisonner des internautes, alors que nous imaginions un usage créatif des outils numériques pour élargir l'offre de soins. Ne pas signaler cette divergence, aurait été un manque au principe d'intégrité de la recherche scientifique, et à la règle qui impose la diffusion des résultats de la recherche. La responsabilité envers le public qui avait soutenu notre étude s'accompagnait de la nécessité de respecter le pacte de terrain établi avec les usagers des sites rencontrés au cours de notre enquête.

Ces considérations nous ont amenés à prendre publiquement position. Nous avons mis en cause le bien-fondé de ces propositions de loi, soulignant le risque de pénaliser des personnes déjà souffrantes, et indirectement leurs familles, sans aucune garantie d'extirper des propos véritablement favorables à l'anorexie. En effet, nous rappelions aux législateurs l'insuccès patent d'autres tentatives de censure, mises en œuvre dès 2001 aux Etats-Unis (quoique non pas par la puissance publique mais par des hébergeurs privés de sites et des fournisseurs de services web).

Pour mener à bien cette campagne de sensibilisation, nous avons dû rentrer dans le vif des débats et rencontrer des nombreux acteurs, en France aussi bien qu'en Italie. Dans les deux pays, de nombreuses personnalités – avocats, médecins, nutritionnistes, psychologues, ainsi que des représentants de patients et leurs familles – ont exprimé des préoccupations proches des nôtres³⁷. D'autres étaient plus partagés, et, s'ils étaient bien conscients des risques de l'approche pénale, ils étaient animés par des souci d'opportunité politique : l'importance du geste de faire passer une loi sur l'anorexie avançait à leurs yeux le risque immédiat de stigmatisation et de criminalisation que cette mesure aurait

³⁷ Pour un aperçu des soutiens de la part de professionnels et d'associations après notre prise de position en France en 2015, cf. *Médecins, patients et chercheurs d'une seule voix contre le délit d'anorexie sur Internet* <http://www.anamia.fr/lanorexie-nest-pas-un-delit-medecins-patients-et-chercheurs-contre-un-amendement-dangereux/>

représenté pour les internautes souffrant de troubles alimentaires. Avec les partisans de cette position minoritaire nous partageons le constat que ces mesures représentaient un premier pas. Mais là où nos opinions divergeaient, c'était sur les pas suivants. Pour eux, les mesures répressives auraient conduit à une meilleure prise en charge des troubles de l'alimentation ; pour nous, à un désastre de santé publique sans précédents.

En France en particulier, l'interaction avec les députés et les sénateurs n'a pas toujours été facile, mais a tout de même abouti à des rendez-vous auprès de politiques, une audition à la Commission des Affaires Sociales du Sénat, des tribunes et des interviews dans de nombreux quotidiens, la participation à des colloques et des journées pour les familles et les professionnels, et un appel pour la suppression de la mesure punitive que nous avons co-signé avec la FNA-TCA (Fédération Nationale des Associations d'aide aux Troubles du Comportement Alimentaire).

Sans aucun doute l'aspect le plus ardu de notre démarche a consisté à prendre une position que d'aucuns jugeaient impopulaire. Car interdire des contenus potentiellement dangereux peut paraître une très bonne idée à première vue, surtout s'il s'agit de protéger de jeunes personnes vulnérables : comment s'y opposer ? Pour convaincre, il a fallu s'adonner à un véritable travail de recadrage de la question sous-jacente au phénomène du web des troubles alimentaires, aidant le législateur à s'éloigner de ses acquis théoriques et de ses préjugés. Il fallait restituer la vie et les codes de comportement au sein d'une communauté web dédiée aux troubles alimentaires, pour ensuite prendre de la hauteur par rapport aux approches réductionnistes, trop centrées sur une vision clinique de ce phénomène socio-technique complexe. Les certitudes s'ébrèchent, et le point de vue alternatif élaboré grâce aux sciences sociales impose de prendre des précautions.

Il a fallu aussi situer cette mesure dans le contexte des réductions des dépenses sociales des Etats et des manques des systèmes de santé, dont d'ailleurs les participants à notre

enquête s'étaient plaints. Punir (ou même simplement menacer de le faire), est une réponse simple et peu coûteuse, sans doute conforme à l'impératif de rigueur budgétaire qui domine les politiques européennes, mais qui a peu de chances d'être efficace. L'alternative, plus chère mais prometteuse, serait de mettre en place des campagnes de prévention d'envergure, mais aussi de faire progresser l'emploi dans les services publics, et de soutenir les associations qui offrent de l'accompagnement (entre autre, en ligne) aux personnes touchées. Les spécialistes français réunis dans l'AFDAS-TCA soulignent aussi l'exigence de former les médecins généralistes et de favoriser le diagnostic précoce, dans une pétition adressée au gouvernement au début de l'année 2015 et demandant la conception et mise en œuvre rapide d'un plan complet de développement du système de soins contre les troubles alimentaires.

Les rapports avec la presse ont été particulièrement délicats. Alors que les responsabilités des médias dans la diffusion d'idéaux de beauté survalorisant la minceur sont bien connues, jeter le discrédit sur des incitateurs présumés agissant sur le web pouvait paraître, pour certains, une échappatoire commode. En particulier dans les journaux, les discussions autour de ces mesures prêtaient le flanc à la tentation de faire la morale aux auteurs des sites web, tout en continuant de montrer, en guise d'iconographie des articles, des silhouettes de mannequins minces et peu vêtues – ou des images caricaturales de personnes obèses, tout aussi problématiques. Il fallait alors réaliser un arbitrage délicat entre un besoin de visibilité, pour faire passer notre message, et une exigence d'intégrité, pour éviter de renforcer la stigmatisation sociale des personnes très minces ou en surpoids – un facteur contribuant au déclenchement des troubles alimentaires (§ 5.1). Si nous pouvions compter sur le professionnalisme des journalistes pour ne pas être mal cités, le contexte de publication (le type d'émission de télévision, ou le ton général d'un magazine) aurait pu fausser la réception de notre message. Il a alors fallu veiller à ce que

ces effets non voulus de contexte n'induisent pas en erreur le public.

Au final, aucune de ces mesures punitives n'a abouti. La proposition italienne a été retirée en septembre 2015, en même temps que l'article français était supprimé lors de sa discussion au Sénat, une décision confirmée lors de l'adoption finale de la loi sur le système de santé en novembre 2015. Nous avons atteint un objectif important, que nos résultats soient pris en compte pour empêcher une mesure qui au mieux se serait avérée inefficace, au pire même nuisible. Nous avons pu partager nos analyses avec les acteurs du monde médical et associatif, et les mettre à leur disposition. Mais malheureusement la France, tout comme le reste de l'Europe, attend encore son grand plan national contre les troubles alimentaires.

Références

- Abbate Daga G., Gramaglia C., Pierò A. & Fassino S. (2006). Eating disorders and the Internet: Cure and curse. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 11(2): 68–71, doi: 10.1007/BF03327763.
- Abbott A. (1997). Of time and space: the contemporary relevance of the Chicago school. *Social Forces*, 75(4), 1149–1182.
- Abbott A. (2001). *Time Matters: On Theory and Method*. Chicago: Chicago University Press.
- Adt V. & Fischler C. (2005). *Les journalistes, les medias et l'obésité*. Rapport final d'exécution de la convention DGS/ENSANS du 3 mai 2004 et DGS/ENSANS du 7 septembre 2005, Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, vol. 1, 100p. et vol. 2, 52p.
- AFDAS-TCA & FNA-TCA (2014). *Les troubles des conduites alimentaires : un problème de santé publique*. Livre blanc des professionnels (AFDAS - TCA) et des usagers (FNA - TCA) confrontés aux troubles des conduites alimentaires. URL : <www.anorexiéboulimie-afdas.fr/trouver-de-l-aide/bibliographie>.
- Akrich M. & Méadel C. (2009a). Les échanges entre patients sur l'internet. *La presse médicale*, 38 : 1484-1493, URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/397215/filename/AkrichMeadelPresseMedicale2009.pdf>
- Akrich M. & Méadel C. (2009b). Internet : intrus ou médiateur dans la relation patient/médecin ? *Santé, Société, Solidarité*, 8(2): 87-92, URL : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oss_1634-8176_2009_num_8_2_1362
- Alkmin Reis V. (2008). Ana e mia na 'nova' rede: Comunidades reúnem anoréxicas e bulímicas na Web 2.0. *Rumores – Revista de Comunicação, Linguagem e Mídias*, 1(1): URL :<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/rumores/article/download/6475/5902>
- Allen J.T. (2008). The spectacularization of the anorexic subject position. *Current Sociology*. 56-4): 587-603, doi: 10.1177/0011392108090943.
- Amaral M. (2008). O Fenômeno do culto ao corpo moderno e a magreza como símbolo de beleza: estudo sobre o movimento 'Pró-Ana' no Brasil. *VI Congresso Português de Sociologia*, 25–28 juin.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™ (5e édition)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andrist L. (2003). Media images, body dissatisfaction and disordered eating in adolescent women. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28(2): 119–223.
- Ashida S. & Heaney C.A. (2008). Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social network systems and the health status of older adults. *Journal of Aging and Health*, 20 (7), 872-893, doi: 10.1177/0898264308324626.
- Atkins L. (2002). Health: 'It's better to be thin and dead than fat and living'. *The Guardian*, 23 juillet. URL: <http://www.theguardian.com/technology/2002/jul/23/lifeandhealth.medicineandhealth>
- Audrey S., Holliday J. & Campbell R. (2006). It's good to talk: Adolescent perspective of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. *Social Science and Medicine*. 63(2): 320-334, doi:10.1016/j.socscimed.2005.12.010.
- Bakshy E., Rosenn I., Marlow C. & Adamic L. (2012). The role of social networks in information diffusion. *WWW '12 Proceedings of the 21st international conference on World Wide Web*: 519-528.
- Bardone-Cone A.M. & Cass K.M. (2006). Investigating the impact of pro-anorexia websites: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 14(4): 256–262, doi: 10.1002/erv.714.

- Bardone-Cone A.M. & Cass K.M. (2007). What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6): 537–548, doi: 10.1002/eat.20396.
- Barnes J.A. (2013 [1^e édition 1954]). *Classes sociales et réseaux dans une île de Norvège*. trad. fr. de *Class and committees in a Norwegian island parish*, par J. Grange, *Réseaux*, 6(182): 209-237.
- Bauman V. (2007). 'Wannarexic' girls yearn for eating disorders. *USA Today*, 4 août. URL: http://usatoday30.usatoday.com/news/health/2007-08-04-wannarexic_N.htm
- Bell R.M. (1985). *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Berkman L.F. & Syme S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berkman L.F. & Glass T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L.F. Berkman & I. Kawachi (éds.), *Social epidemiology*, New York: Oxford University Press, pp. 137–173.
- Bidart C. (1997). *L'amitié, un lien social*. Paris : La Découverte.
- Bidart C., Degenne A. & Grossetti M. (2011). *La vie en réseau. Dynamique des relations sociales*. Paris : PUF.
- Boase J., Horrigan J.B., Wellman B., Rainie L. (2006). *The Strength of Internet Ties*. Rapport, Pew Internet and American Life Project, URL: <www.pewinternet.org/pdfs/PIP_internet_ties.pdf>
- Boero N. & Pascoe C. J. (2012). Pro-anorexia communities and online interaction: Bringing the pro-ana. *Body & Society*, 18(2): 27–57, doi: 10.1177/1357034X12440827.
- Bordo S. (1993). *Unbearable Weight*. Los Angeles: University of California Press.
- Borzekowski D.L.G., Schenk S., Wilson J.L. & Peebles R. (2010). e-Ana and e-Mia: A content analysis of pro-eating disorder web sites. *American Journal of Public Health*, 100(8): 1526–1534, doi: 10.2105/AJPH.2009.172700.
- Bott E. (1957). *Family and Social Network*. London: Tavistock Publications.
- Bromme R., Jucks R. & Runde A. (2005). Barriers and biases in computer-mediated expert-layperson-communication. In R. Bromme, F.W. Hesse & H. Spada (éds.), *Barriers and Biases in Computer-mediated Knowledge Communication: And how they may be Overcome*. New York: Springer, pp. 89-118.
- Broom A. (2005). Virtually he@lthy: The impact of Internet use on disease experience and the doctor—patient relationship. *Qualitative Health Research*, 15(3): 325-345, doi: 10.1177/1049732304272916.
- Brotsky S.R. & Giles D. (2007). Inside the 'pro-ana' community: A covert online participant observation. *Eating Disorders*, 15(2): 93–109, doi: 10.1080/10640260701190600.
- Brumberg J.J. (1988). *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bulik C.M., Heath A.C., Martin N.G., Stunkard A.J. & Eaves L.J. (2001). Relating Body Mass Index to figural stimuli: Population-based normative data for Caucasians. *International Journal of Obesity*, 25, 1517-1524, URL: <<http://www.nature.com/ijo/journal/v25/n10/full/0801742a.html>>.
- Burt R.S. (1992). *Structural Holes: the Social Structure of Competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burt R.S. (2005). *Brokerage and Closure. An Introduction to Social Capital*. New York: Oxford University Press.

- Campos Rodríguez J.M. (2007). Anorexia, bulimia y Internet: Aproximación al fenómeno pro-Ana y Mía desde la teoría subcultural. *Frenia*, 7(1): 127–144.
- Cardinal T.M., Kaciroti N., Lumeng J.C. (2006). The Figure Rating Scale as an index of weight status of women on videotape. *Obesity* 14(12), 2132-2135, doi: 10.1038/oby.2006.249.
- Casilli A.A. & Sanchez S. (2008). Status and use of food products with health claim (FPHC) in the USA, France and Japan : An anthropological perspective. *Food Quality & Preference*, 19(8) : 682–691, doi:10.1016/j.foodqual.2008.06.007.
- Casilli A.A. (2010). *Les liaisons numériques : vers une nouvelle sociabilité ?* Paris : Seuil.
- Casilli A.A. & Pailler F. (2013). *ANAMIA Egocenter: How to draw social networks of friends and contacts*, vidéo en ligne, Youtube, 25 juin. URL: <<https://www.youtube.com/watch?v=AAISaDdAaC0>>
- Casilli A.A., Pailler F. & Tubaro P. (2012). Le phénomène pro-ana : panique morale et effets paradoxaux de la censure. *Le Monde – Internet Actu*, 16 novembre, URL : <<http://internetactu.blog.lemonde.fr/2012/11/16/pourquoi-la-censure-et-le-filtrage-ne-marchent-pas-lexemple-des-reseaux-lies-aux-troubles-de-l'alimentation/>>
- Casilli A.A., Pailler F. & Tubaro P. (2013) Online networks of eating-disorder websites: why censoring pro-ana might be a bad idea. *Perspectives in Public Health*, 133(2): 94-95, doi: 10.1177/1757913913475756.
- Casilli A.A., Tubaro P. & Araya P. (2012). Ten years of Ana. Lessons from a transdisciplinary body of literature on online pro-eating disorder websites. *Information pour les Sciences Sociales*, 51 (1): 121-139, doi: 10.1177/0539018411425880.
- Casilli A.A. (2013). Un nouvel art de jeûner ? Performativité du corps dans le Web des troubles alimentaires. *Communications*, 92 (1): 111-123, doi:10.3917/commu.092.0111.
- Casilli A.A., Mounier L., Pailler F. & Tubaro P. (2013). *Les jeunes et le web des troubles alimentaires : dépasser la notion de 'pro-ana'*. Rapport final du projet de recherche ANR ANAMIA « La sociabilité Ana-mia : Une approche des troubles alimentaires par les réseaux sociaux en ligne et hors-ligne », URL : < http://www.anamia.fr/WordPress-FR/wp-content/uploads/2013/11/Rapport_ANAMIA_2013_Web_et_troubles_alimentaires.pdf>.
- Casilli A.A., Rouchier J. & Tubaro P. (2014). How to build consensus in a health-oriented online community: modelling a « pro-ana » forum. *Revue Française de Sociologie*, 55(4): 731-764.
- Casilli A.A. (2015). Voir pour comprendre et comprendre pour voir. *I2D - Information, Données et Documents*, 52 (2): 40-41.
- Centola D. (2010). The spread of behavior in an online social network experiment. *Science*, 3 September, 329 (5996): 1194-1197, doi:10.1126/science.1185231.
- Chambry J. (2008). L'anorexie mentale masculine, une réalité méconnue. *La revue du praticien*, 58(2): 179.
- Chardel P.A. (2013). Réseaux numériques et pratiques de soi : le cas des communautés « Anamia ». Réinterroger l'articulation du droit et de l'éthique. *Éthique publique*, 15(2) : doi: 10.4000/ethiquepublique.1295.
- Chesley E.B., Alberts J.D., Klein J.D. & Kreipe R.E. (2003). Pro or con? Anorexia nervosa and the Internet. *Journal of Adolescent Health*, 32(2): 123–124, doi: 10.1016/S1054-139X(02)00615-8.
- Christakis N.A. & Fowler J.H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*. 357(4): 370-379, doi: 10.1056/NEJMsa066082.
- Cohen-Cole E. & Fletcher J.M. (2008). Is obesity contagious? Social networks vs. environmental factors in the obesity epidemic. *Journal of Health Economics*, 27(5): 1382–1387, doi:10.1016/j.jhealeco.2008.04.005.

- Coleman J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, Supplement S95–S120.
- Coleman J.S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Coutant A. & Stenger T. (2010). Processus identitaire et ordre de l'interaction sur les réseaux sociaux numériques. *Les enjeux de l'information et de la communication*, 11 (1): 45-64.
- Crossley N. (2011). *Towards Relational Sociology*. London : Routledge.
- Cruz Gomez J.D., Bothorel C. & Poulet F. (2013). Community detection and visualization in social networks: integrating structural and semantic information. *ACM transactions on intelligent systems and technology – TIST*.
- Csipke E. & Horne O. (2007). Pro-eating disorder websites: users' opinions. *European Eating Disorders Review*. 15(3): 196-206, doi: 10.1002/erv.789.
- Cunningham S.A., Vaquera E., Maturo C.C. & Venkat Narayan K.M. (2012). Is there evidence that friends influence body weight? A systematic review of empirical research. *Social Science and Medicine*, 75: 1175-1183, doi: 10.1016/j.socscimed.2012.05.024.
- Custers K. & van den Bulck J. (2009). Viewership of proanorexia websites in seventh, ninth and eleventh graders. *European Eating Disorders Review*, 17(3): 214–219, doi: 10.1002/erv.910.
- Da Cunha Recuero R. (2005). Comunidades em redes sociais na Internet: Um estudo de uma rede pró-ana e pró-mia. *F@ro: Revista teórica del Departamento de Ciencias de la Comunicación*, 1–2: 101–120.
- Daniels J. (2009). Rethinking cyberfeminism(s): Race, gender, and embodiment. *WSQ: Women's Studies Quarterly*, 37(1–2): 101–124.
- Darmon M. (2003). *Devenir anorexique*. Paris : La Découverte.
- Darmon M. (2005). Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain. *Genèses*, 1(58): 98-112.
- Davies P. & Lipsey Z. (2003). Ana's gone surfing. *The Psychologist*, 16(8): 424–425.
- Dawson S.P. (2010). 'Seeing' the learning community: an exploration of the development of a resource for monitoring online student networking. *British Journal of Educational Technology*, 41 (5) : 736-752, doi: 10.1111/j.1467-8535.2009.00970.x.
- Defossez A. (2014). *Soutien social et réseau personnel au cœur de l'expérience du cancer*. Thèse de doctorat, Université de Toulouse Jean Jaurès.
- Degenne A. & Forsé M. (2004 [1ère édition 1994]). *Les réseaux sociaux*. Paris: Armand Colin.
- de la Haye K., Robins G., Mohr P. & Wilson C. (2010). Obesity-related behaviors in adolescent friendship networks. *Social Networks*, 32(3): 161-167, doi:10.1016/j.socnet.2009.09.001.
- Delsuet A. (2013). *T'es sur Facebook ? Qu'est-ce que les réseaux sociaux changent à l'amitié ?* Paris : Flammarion.
- de Saint Pol, T. (2009). Surpoids, normes et jugements en matière de poids : comparaisons européennes. *Population et Sociétés*, INED, n. 455.
- de Saint Pol, T. (2010). *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dias K. (2003). The ana sanctuary: Women's pro-anorexia narratives in cyberspace. *Journal of International Women's Studies*, 4(2): 31–45.
- Doueih M. (2011). *Pour un humanisme numérique*. Paris : Seuil.
- Doward J. & Reilly T. (2003). Doctors turn to the web for tips to understand anorexia, *The Observer*, 17 août.

- Ellison N.B., Steinfield C. & Lampe C. (2007). The benefits of Facebook "friends:" Social capital and college students' use of online social network sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4): 1143–1168, doi : 10.1111/j.1083-6101.2007.00367.x.
- Ennett S.T. & Bauman K.E. (1993). Peer group structure and adolescent cigarette smoking: A social network analysis. *Journal of Health and Social Behavior*. 34(3): 226–236, doi: 10.2307/2137204.
- Eysenbach G. (2008). Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (3), URL:< <http://www.jmir.org/2008/3/e22/>>.
- Fainzang S. (2012). *L'automédication ou le mirage de l'autonomie*. Paris: PUF.
- Fairburn C.G., Welch S.L., Doll H.A., Davies B.A. & Connor M.A. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*. 54(6): 509-517, doi:10.1001/archpsyc.1997.01830180015003.
- Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A. & Welch S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*. 56(5): 468-476, doi:10.1001/archpsyc.56.5.468.
- Ferrand A. (2007). *Confidants: Une analyse structurale de réseaux sociaux*. Paris : L'Harmattan.
- Ferreday D. (2003). Unspeakable bodies: Erasure, embodiment and the pro-ana community. *International Journal of Cultural Studies*, 6(3): 277–295, doi: 10.1177/13678779030063003.
- Fischer C.S. (1982). *To Dwell among Friends: Personal Networks in Town and City*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fischler C. (1990). *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*. Paris : Odile Jacob.
- Fischler C. (1992). From lipophilia to lipophobia. Changing attitudes and behaviors toward fat: A Sociohistorical Approach. In D. Mela (éd.), *Dietary Fats*, London: Elsevier, pp. 103-115.
- Fischler C. & Masson E. (2008). *Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation*. Paris : Odile Jacob.
- Fox N., Ward K. & O'Rourke A. (2005). Pro-anorexia, weight-loss drugs and the Internet: An 'anti-recovery' explanatory model of anorexia. *Sociology of Health and Illness*, 27(7): 944–971, doi: 10.1111/j.1467-9566.2005.00465.x.
- Fujimoto K. & Valente T.W. (2012). Decomposing the components of friendship and friends' influence on adolescent drinking and smoking. *Journal of Adolescent Health*, 51 (2): 136-143, doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.11.013.
- Gard M.C. & Freeman C.P. (1996). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1): 1-12, doi: DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-M.
- Gavin J., Rodman K. & Poyer H. (2008). The presentation of 'pro-anorexia' in online group interactions. *Qualitative Health Research*, 18(3): 325–333, doi: 10.1177/1049732307311640.
- Gibbons P. (2001). The relationship between eating disorders and socioeconomic status: It's not what you think. *Nutrition Noteworthy*, 4(1). URL : <https://escholarship.org/uc/item/1k70k3fd>
- Giles D. (2006). Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders. *British Journal of Social Psychology*, 45(3): 463–477, doi: 10.1348/014466605X53596.
- Godart N. & Falissard B. (2008). Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné. *La Santé de l'homme*, 394 : 16-18.
- Golder S., Wilkinson D.M. & Huberman B.A. (2007). Rhythms of social interaction: Messaging within a massive online network. In *Communities and Technologies 2007: Proceedings of Third International Conference on Communities and Technologies*, Londres, Springer, pp. 41-66.

- Gotthelf (2001). The sick world or pro-anorexia internet sites. *New York Post*, 7 mai.
- Granovetter M.S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360-1380. doi:10.1086/225469.
- Grossetti M. (2007). Are French networks different? *Social Networks*, 29: 391-404, doi:10.1016/j.socnet.2007.01.005.
- Groulez M. (2006). Ecrire l'anorexie. *Etudes*, 405(10): 330–337.
- Gueguen J., Godart N., Chambry J., Brun-Eberentz A., Foulon C., Divac S.D., Guelfi J.-D., Rouillon F., Falissard B. & Huas C. (2012). Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4): 537-45, doi 10.1002/eat.20987.
- Guisse J., Widdicombe S., & McKinlay A. (2007). What is it like to have ME? The discursive construction of ME in computer-mediated communication and face-to-face interaction. *Health*, 11(1): 87-108, doi: 10.1177/1363459307070806.
- Ham J.C., Iorio D. & Sovinsky M. (2013). Caught in the bulimic trap? Persistence and state dependence of bulimia among young women. *Journal of Human Resources*, 48(3): 736-767, doi: 10.3368/jhr.48.3.736.
- Ham J.C., Iorio D. & Sovinsky M. (2015). Disparities in bulimia nervosa: Who is left behind? *Economics Letters*, 136: 147-150.
- Hammersley M., Treseder P. (2007). Identity as an analytic problem: Who's who in 'pro-ana' websites? *Qualitative Research*, 7(3): 283–300, doi: 10.1177/1468794107078509.
- Harper K., Sperry S. & Thompson J.K. (2008). Viewership of pro-eating disorder websites: Association with body image and eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 41(1): 92-95, doi: 10.1002/eat.20408.
- Hepworth J. (1999). *The Social Construction of Anorexia Nervosa*. London: Sage.
- Hoek H.W. & van Hoeken D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 34(4): 383-396, doi: 10.1002/eat.10222.
- Hogan B., Carrasco J.A. & Wellman B. (2007). Visualizing personal networks: working with participant-aided sociograms. *Field Methods*, 19: 116—144, doi: 10.1177/1525822X06298589.
- Holahan C. (2001). Yahoo removes pro-eating disorder Internet sites. *Boston Globe*, 4 août. URL: <http://www.chron.com/news/nation-world/article/Yahoo-removes-pro-eating-disorder-sites-2032018.php>
- House J.S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Igoïn L. (1981). *La boulimie et son infortune*. Paris: Presses Universitaires de France.
- INSERM, Kantar Health & Roche SAS (2012). Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (Enquête ObÉpi), URL : http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf
- INSERM (2014). Anorexie mentale. Dossier réalisé en collaboration avec le Dr N. Godart, juin 2014. URL : <http://www.inserm.fr/layout/set/print/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>, consulté le 22 août 2014.
- Juarascio A.S., Shoaib A. & Timko C. A. (2010). Pro-eating disorder communities on social networking sites: A content analysis. *Eating Disorders*, 18: 393–407, doi: 10.1080/10640266.2010.511918.
- Kadushin C. (2011). *Understanding Social Networks: Theories, Concepts, and Findings*. New York: Oxford University Press.

- Karwautz A., Rabe-Hesketh S., Hu X., Zhao J., Sham P., Collier D.A., Treasure J.L. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 31(2):317-29, doi: 10.1017/S0033291701003129.
- Kawachi I. & Berkman L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458 – 467, doi: 10.1093/jurban/78.3.458.
- Keelan J., Pavri-Garcia V., Tomlinson G., Wilson K. (2007). YouTube as a source of information on immunization: A content analysis. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 298(21) : 2482-2484, doi:10.1001/jama.298.21.2482.
- Kemp B. (2002). I used to think I was the only girl who didn't see anorexia as a bad thing, *The Times*, 20 avril.
- Keski-Rahkonen A., Hoek H.W., Susser E.S., Linna M.S., Sihvola E., Raevuori A., Bulik C.M., Kaprio J. & Rissanen A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (8): 1259-1265, doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06081388.
- Kirke D.M. (2004). Chain reactions in adolescents' cigarette, alcohol and drug use: Similarity through peer influence or the patterning of ties in peer networks? *Social Networks*, 26(1): 3-28, doi: doi:10.1016/j.socnet.2003.12.001.
- Kraut R., Patterson M., Lundmark V., Kiesler S., Mukophadhyay T. & Scherlis W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53(9): 1017-1031, doi : 10.1037/0003-066X.53.9.1017.
- Kraut R., Kiesler S., Boneva B., Cummings J., Helgeson V. & Crawford A. (2002). Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*, 58(1)-49-74, doi: 10.1111/1540-4560.00248.
- Lazega E., Mounier L., Snijders T.A.B. & Tubaro P. (2012). Norms, status and the dynamics of advice networks: A case study. *Social Networks*, 34 (3): 323-332, doi: 10.1016/j.socnet.2009.12.001.
- Lazega E. (2014). *Réseaux sociaux et structures relationnelles*. Paris : PUF.
- Lee S. (1996). Reconsidering the status of anorexia nervosa as a Western culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine*. 42 (1): 21-34, doi:10.1016/0277-9536(95)00074-7.
- Lelwica M., Hoglund E. & McNallie J. (2009). Spreading the religion of thinness from California to Calcutta: A critical feminist postcolonial analysis. *Journal of Feminist Studies in Religion*, 25(1): 19–41, doi: 10.2979/fsr.2009.25.1.19.
- Levine M.P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of Psychology*, 146 (1-2), 243-57, doi: 10.1080/00223980.2011.606435.
- Lo W.S., Ho S.Y., Mak K.K. & Lam T.H. (2012). The use of Stunkard's Figure Rating Scale to identify underweight and overweight in Chinese adolescents. *PLOS One* 7(11), e50017, doi : 10.1371/journal.pone.0050017.
- Lyons E.J., Mehl M.R. & Pennebaker J.W. (2006). Pro-anorexics and recovering anorexics differ in their linguistic Internet self-presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3): 253–256, doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.07.017.
- Lupton D. (2013). *Fat*. London: Routledge.
- Mackey E.R. & La Greca A.M. (2007). Adolescents' eating, exercise, and weight control behaviors: Does peer crowd affiliation play a role? *Journal of Pediatric Psychology*, 32: 13-23, doi: 10.1093/jpepsy/jsl041.
- Maillochon F. (2009). L'invitation au mariage. Une approche des réseaux de sociabilité du couple. *Redes*, 16(5), URL : http://revista-redes.rediris.es/html-vol16/vol16_5.htm

- Martijn C., Smeets E., Jansen A., Hoeymans N. & Schoemaker C. (2009). Don't get the message: The effect of a warning text before visiting a proanorexia website. *International Journal of Eating Disorders*, 42: 139–145, doi: 10.1002/eat.20598.
- Martin A.K. (2005). Stick a toothbrush down your throat: An analysis of the potential liability of pro-eating disorder websites. *Texas Journal of Women and the Law*, 14(2): 151–179.
- Matzat U. & Snijders. C. (2007). The online measurement of ego centered online social networks. In: M. Welker (éd.), *Online Forschung: Grundlagen und Fallstudien. Neue Schriften zur Onlineforschung*, Band 1. Köln/Leipzig: pp. 272-291.
- Mazzocchi M., Traill W.B. & Shogren J.F. (2009). *Fat Economics: Nutrition, Health, and Economic Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Megna A. (2012). Pinterest's thinspiration problem. *Sociology in Focus*, 11 avril. URL: <http://www.sociologyinfocus.com/2012/04/11/the-pinterest-problem/>
- Mercklé P. (2011). *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris : La Découverte.
- Mesch G., & Talmud I. (2006). The quality of online and offline relationships: The role of multiplexity and duration. *The Information Society*, 22(3), 137-148, doi : 10.1080/01972240600677805.
- Moreno J.L. (1954 [première édition 1934]). *Fondements de la sociométrie*. Traduction française de *Who Shall Survive?* Paris: PUF.
- Moscone A.L. (2013). *Troubles de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale : mécanismes sous-jacents et proposition de régulation par les activités physiques adaptées*. Thèse de doctorat, Université Paris Sud.
- Mulè A. & Sideli L. (2009). Eating disorders on the Web: Risks and resources. *Studies in Health Technology and Informatics*, 144: 8–12.
- Mulveen R., Hepworth J. (2006). An interpretative phenomenological analysis of participation in a pro-anorexia Internet site and its relationship with disordered eating. *Journal of Health Psychology*, 11(2): 283–296, doi: 10.1177/1359105306061187.
- Norris M.L., Boydell K.M., Pinhas L. & Katzma D.K. (2006). Ana and the Internet: A review of pro-anorexia websites. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6): 443–447, doi: 10.1002/eat.20305.
- OCDE (2010), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*. Paris : Éditions OCDE, doi : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr>
- Odoms-Young A. (2008). Factors that influence body image representations of black Muslim women. *Social Science and Medicine*, 66(12): 2573-2584, doi: 10.1016/j.socscimed.2008.02.008.
- Orbach S. (2006 [1ère édition 1978]). *Fat is a Feminist Issue*. Londres: Arrow Books.
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS (World Health Organization, WHO) (2015). *Obesity and overweight*. Fact sheet N°311, Mis à jour en janvier 2015, URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Ornstein R.M., Rosen D.S., Mammel K.A., Callahan S.T., Forman S., Jay M.S., Fisher M., Rome E. & Walsh B.T. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 53(2):303-5, doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.025.
- Overbeke G. (2008). Pro-Anorexia websites: Content, impact, and explanations of popularity. *Mind Matters: The Wesleyan Journal of Psychology*, 3(1): 49–62.
- Pailler F. & Casilli A.A. (2015). S'inscrire en faux : les fakes et les politiques de l'identité des publics connectés. *Communication*, 33(2), à paraître.

- Pallotti F., Tubaro P., Casilli A.A. & Valente T.W. (2015). The effects of personal networks on body image and eating disorders. Mimeo.
- Paquette M.C. & Raine K. (2004). Sociocultural context of women's body image. *Social Science and Medicine*, 59(5): 1047-1058, doi:10.1016/j.socscimed.2003.12.016.
- Peebles R., Wilson J., Borzekowski D., Hardy K., Lock J. & Litt I. (2008). Poly-website usage is prevalent and associated with dangerous post-visitation behaviors in adolescent pro-eating disorder website users. *Journal of Adolescent Health*, 42(2): 33–34, doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.11.089
- Peebles R., Wilson J.L., Litt I.F., Hardy K.K., Lock J.D., Mann J.R. & Borzekowski D.L.G. (2012). Disordered eating in a digital age: Eating behaviors, health, and quality of life in users of websites with pro-eating disorder content, *Journal of Medical Internet Research*, 14(5): e148, doi: 10.2196/jmir.2023.
- Pessel N. (2001). Les fans de l'anorexie servent leur soupe sur le Web, *Libération*, 20 août.
- Polivy J. & Herman P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: an introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1): 1-6, doi: 10.1521/jscp.23.1.1.26986.
- Pollack D. (2003). Pro-eating disorder websites: What should be the feminist response? *Feminism and Psychology*, 13(2): 246–251, doi: 10.1177/0959353503013002008.
- Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris : PUF.
- Prieur C., Stoica A. & Smoreda Z. (2009). Extraction de réseaux égocentrés dans un (très grand) réseau social. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 101 : 5-28, doi: 10.1177/0759106309360110.
- Provost M., Perri M., Baujard V. & Boyer C. (2003). Opinions and e-health behaviors of patients and health professionals in the U.S.A. and Europe. *Studies in Health Technology and Informatics*, 95: 695-700, doi: 10.3233/978-1-60750-939-4-695.
- Putnam R.D. (2000). *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*. New York : Simon & Schuster.
- Raimbault G. & Eliacheff C. (1989). *Les indomptables: figures de l'anorexie*. Paris: Odile Jacob.
- Ransom D.C., La Guardia J.G., Woody E.Z. & Boyd J.L. (2010). Interpersonal interactions on online forums addressing eating concerns. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2): 161–170, doi: 10.1002/eat.20629.
- Rauer U. (2012). Patient trust in Internet-based health records: An analysis across operator types and levels of patient involvement in Germany. *Policy & Internet*, 4 (2): 1-42, doi: 10.1515/1944-2866.1177.
- Reaves J. (2001). Anorexia goes hi-tech. *Time*, 31 juillet. URL: <http://content.time.com/time/health/article/0,8599,169660,00.html>
- Regan Shade L. (2003). Weborexics: The ethical issues surrounding pro-ana websites. *ACM SIGCAS Computers and Society* 33(4): 2.
- Robinson K.J., Mountford V.A. & Sperlinger D.J. (2013). Being men with eating disorders: Perspectives of male eating disorder service-users. *Journal of Health Psychology*, 18: 176-186, doi:10.1177/1359105312440298
- Rodgers R.F., Skowron S. & Chabrol H. (2012). Disordered eating and group membership among members of a pro-anorexic online community. *European Eating Disorders Review*, 20(1) : 9-12. doi: 10.1002/erv.1096.

- Rodgers R.F., Lowy A.S., Halperin D.M., Franko D.L. (2016). A meta-analysis examining the influence of pro-eating disorder websites on body image and eating pathology. *European Eating Disorders Review*, 24(1): 3-8, doi: 10.1002/erv.2390.
- Rolfe M. (2014). Social networks and agent-based models In: G. Manzo (éd.) *Analytical Sociology: Actions and Networks*. New York, Wiley, pp. 237-260.
- Roux H., Chapelon E. & Godart N. (2013). Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'encéphale*. 39(2): 85-93, doi: 10.1016/j.encep.2012.06.001.
- Russel G.F.M. (1979). Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9(3): 429-448, doi: 10.1017/S0033291700031974.
- Ryan L., Mulholland J. & Agoston A. (2014). Talking ties: Reflecting on network visualisation and qualitative interviewing. *Sociological Research Online*, 19 (2) 16, URL: <<http://www.socresonline.org.uk/19/2/16.html>>10.5153/sro.3404
- Serpell L., Treasure J., Teasdale J. & Sullivan V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2): 177-186, doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D.
- Serpell L. & Treasure J. (2002). Bulimia nervosa: Friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2): 164-170, doi: 10.1002/eat.10076.
- Simmel G. (1999 [première édition 1908]). Le croisement des cercles sociaux. In *Sociologie, Étude sur les formes de la socialisation*. Paris : PUF, pp. 407-452.
- Smink F.R., van Hoeken D. & Hoek H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4): 406-14, doi: 10.1007/s11920-012-0282-y.
- Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5): 825 – 848.
- Strother E., Lemberg R. & Chariese S. (2012). Eating disorders in men: Underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 20(5): 346-355, doi: 10.1080/10640266.2012.715512.
- Stunkard A.J., Sorensen T. & Schulsinger F. (1983). Use of Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: S. Kety, L.P. Rowland, R.L. Sidamn & W. Matthysse (éds), *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders*. New-York: Raven Press, pp. 115-120.
- Tierney S. (2006). The dangers and draw of online communication: Pro-anorexia websites and their implications for users, practitioners, and researchers. *Eating Disorders*, 14(3): 181–190, doi: 10.1080/10640260600638865.
- Tierney S. (2008). Creating communities in cyberspace: Pro-anorexia websites and social capital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(4): 340–343, doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01190.x.
- Thoits P.A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior* (Extra Issue), 53-79.
- Tom Tong S., Heinemann-Lafave D., Jeon J., Kolodziej-Smith R. & Warshay N. (2013). The use of pro-ana blogs for online social support. *Eating Disorders*, 21(5):408-22, doi:10.1080/10640266.2013.827538.
- Trogon J.G., Nonnemaker J. & Pais J. (2008). Peer effects in adolescent overweight. *Journal of Health Economics*, 27(5): 1388-1399, doi:10.1016/j.jhealeco.2008.05.003.
- Tubaro P. & Casilli A.A. (2010). “An ethnographic seduction”: how qualitative research and agent-based models can benefit each other. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 106 (1): 59-74, doi: 10.1177/0759106309360111.

- Tubaro P., Casilli A.A. & Mounier L. (2014). Eliciting personal network data in web surveys through participant-generated sociograms. *Field Methods*, 26 (2): 107-125, doi: 10.1177/1525822X13491861.
- Tubaro P., Casilli A.A., Mounier L., Maigron P., Chardel P.A., Masson E., Fraïssé C., Rouchier J., Fischler C. (2013). ANAMIA Egocenter. <http://www.anamia.fr>, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Centre Edgar-Morin (CEM-IIAC), Paris. URL : < <https://github.com/Bodyspacesociety/ANAMIA-Egocenter>>
- Tubaro P. & Mounier L. (2014). Sociability and support in online eating disorder communities: Evidence from personal networks. *Network Science*, 2(1): 1-25, doi:10.1017/nws.2014.6.
- Tubaro P., Ryan L. & D'Angelo A. (2016). The visual sociogram in qualitative and mixed-methods research. *Sociological Research Online*, à paraître.
- Turner B.S. (1984). *The Body and Society*. London: Sage.
- Valente T.W., Hoffman B.R., Ritt-Olson A., Lichtman K. & Anderson Johnson C. (2003). Effects of a social-network method for group assignment strategies on peer-led tobacco prevention programs in schools, *American Journal of Public Health*, 93(11): 1837-1843, URL: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448060/>>.
- Valente T.W., Fujimoto K., Chou C.P. & Spruijt-Metz D. (2009). Adolescent affiliations and adiposity: a social network analysis of friendships and obesity. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 202-204, doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.01.007.
- Valkenburg P.M. & Peter J. (2007). Online communication and adolescent well-being: Testing the stimulation versus the displacement hypothesis. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4): 1169–1182, doi: 10.1111/j.1083-6101.2007.00368.x.
- Vitousek K., Watson S. & Wilson G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4): 391 – 420.
- Ward K.J. (2007). 'I love you to the bones': Constructing the anorexic body in 'pro-ana' message boards. *Sociological Research Online*, 12(2), URL: <<http://www.socresonline.org.uk/12/2/ward.html>>.
- Weber M. (2003 [première édition 1919]). *Le savant et le politique : Une nouvelle traduction*. Traduction française par C. Colliot-Thélène. Paris : La Découverte.
- Williams S. & Reid M. (2007). A grounded theory approach to the phenomenon of pro-anorexia. *Addiction Research & Theory*, 15(2): 141–152, doi: 10.1080/16066350601143239.
- Williams C. & Riley S. (2013). Finding support and negotiating identity. An analysis of the structure and content of newbie posts and their elicited replies on five pro-eating disorder websites. *RESET*, 1(2): URL: < <http://www.journal-reset.org/index.php/RESET/article/view/14>>.
- Wilson J.L., Peebles R., Hardy K.K. & Litt I.F. (2006). Surfing for thinness: A pilot study of pro-eating disorder web site usage in adolescents with eating disorders. *Pediatrics* 118(6): 1635–1643, doi: 10.1542/peds.2006-1133.
- Wolf N. (1991). *The Beauty Myth*. New York: Doubleday.
- Yeshua-Katz D. & Martins N. (2013). Communicating stigma: the pro-ana paradox. *Health Communication*, 28(5):499-508. doi: 10.1080/10410236.2012.699889.
- Yeshua-Katz D. (2015). Online stigma resistance in the pro-ana community. *Qualitative Health Research*, 25(10): 1347-1358, doi: 10.1177/1049732315570123.
- Yom-Tov E. & Boyd D.M. (2014). On the link between media coverage of anorexia and pro-anorexic practices on the web. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2): 196-202, doi: 10.1002/eat.22195.

Zhao S. (2006). Do Internet users have more social ties? A call for differentiated analyses of Internet use. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 11(3): 844-862, doi: 10.1111/j.1083-6101.2006.00038.x.